



UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
SUPERINTENDÊNCIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM FAMÍLIA NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

KARINE RODRIGUES SEPÚLVEDA

**OS REVESES DA MATERNIDADE NA CONTEMPORANEIDADE:
INTERFACE DA PSICANÁLISE, DA SOCIOLOGIA E DA MEDICINA
SOBRE A VIDA REPRODUTIVA DAS MULHERES.**

Salvador

2014

KARINE RODRIGUES SEPÚLVEDA

**OS REVESES DA MATERNIDADE NA CONTEMPORANEIDADE:
INTERFACE DA PSICANÁLISE, DA SOCIOLOGIA E DA MEDICINA
SOBRE A VIDA REPRODUTIVA DAS MULHERES.**

Dissertação apresentada a Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Católica do Salvador, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre em Família da Sociedade Contemporânea.

Área de concentração: Família e Subjetividade.

Orientador: Prof^o. Dr^o. José Euclimar Xavier de Menezes.

Salvador

2014

UCSAL. Sistema de Bibliotecas.

S479 Sepúlveda, Karine Rodrigues.

Os reveses da maternidade na contemporaneidade: interface da psicanálise, da sociologia e da medicina sobre a vida reprodutiva das mulheres/ Karine Rodrigues Sepúlveda.– Salvador, 2014.
167 f.

Dissertação (mestrado) - Universidade Católica do Salvador.
Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado em Família na Sociedade Contemporânea.

Orientação: Prof. Dr. José Euclimar Xavier de Menezes.

1. Mulheres - Maternidade 2. Psicanálise - Subjetividade - Reprodução 3. Medicina - Saúde da Mulher 4. Contemporaneidade - Maternidade I. Título.

CDU 364.444-055.26

TERMO DE APROVAÇÃO

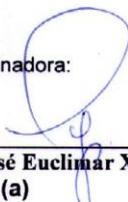
Karine Rodrigues Sepúlveda

**“OS REVESES DA MATERNIDADE NA CONTEMPORANEIDADE:
interface da psicanálise, da sociologia e da medicina sobre a vida
reprodutiva das mulheres”.**

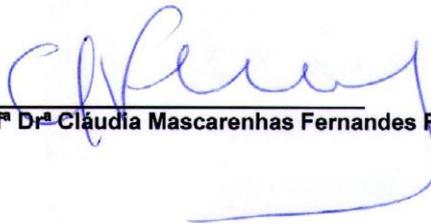
Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Família
na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador.

Salvador, 15 de setembro de 2014.

Banca Examinadora:



Prof. Dr. José Euclimar Xavier de Menezes- UCSal.
Orientador (a)



Profª Drª Cláudia Mascarenhas Fernandes Rohenkohl- USP.



Profª Drª Miriã Alves Ramos de Alcântara- IFBa.

O mais interessante na vida e no trabalho é o que permite tornar-se algo de diferente do que se era ao início. Se você soubesse ao começar um livro o que iria dizer ao final, você crê que teria coragem de escrevê-lo? Isso que vale para a escrita e para uma relação amorosa vale também para a vida. O jogo vale a pena na medida em que não se sabe onde vai terminar.

Michel Foucault, [1982] (1994).

AGRADECIMENTOS

À Reges, o amor genuinamente dedicado, a continência nos dias difíceis e a alegria de uma vida partilhada.

Aos meus pais, o aprendizado da tolerância do que cada um pode ser e do amor que cada um pode dar. Vocês me deram a melhor parte!

Às minhas irmãs, a riqueza do convívio de quatro mulheres, cada uma ao seu modo, construíram insígnias do que é ser mulher, das quais sou herdeira.

Aos meus sobrinhos, a materialidade do amor tecido na convivência.

À Sheyna Vasconcellos, a inspiração de todos os dias e por 'nosso encontro'. Sua paixão pelo saber e pela palavra anima e impulsiona.

À José Menezes, por conhecer intimamente o valor do desejo e acolher-me tão generosamente. Ter sua maestria foi um prazer e fonte de aprendizado para a vida.

À Miriã Alcântara, a referência forte, resolutiva e afinada com meus intentos acadêmicos e profissionais.

Aos colegas, professores e colaboradores do Programa de Pós Graduação em Família da Sociedade Contemporânea, o apoio e a experiência que se transformaram em energia de trabalho.

A todos que, direta ou indiretamente, estiveram presentes no percurso desta trajetória, o desejo de que também encontrem pessoas cuja presença em suas vidas colabore para seguir em frente. Obrigada!

SEPÚLVEDA, Karine Rodrigues. **Os reveses da maternidade na contemporaneidade: interface da psicanálise, da sociologia e da medicina sobre a vida reprodutiva das mulheres**. 167 f. Dissertação de Mestrado, Família na Sociedade Contemporânea, Universidade Católica do Salvador, Salvador, 2014.

RESUMO

Este trabalho propõe um ultrapassamento das questões orgânicas que encerram a vida reprodutiva das mulheres. Para cumprir este intento acadêmico revisita as influências socioculturais, as produções do discurso médico e a lógica intrapsíquica que acompanha cada mulher e sua gestação. A imersão na cena cotidiana do hospital e, sobretudo, o discurso de mulheres cuja gestação foi marcada por entraves clínicos, dificuldades sociais e conflitos latentes, se apresentam como a mola mestra que engendra esta revisão de literatura. No corpo deste trabalho discute-se a maternidade sob o viés da cultura, a evolução do papel social da mulher, sua multiplicidade e polivalência. Apresenta-se como a hipermodernidade atua produzindo mudanças neste cenário e como afeta os conceitos de família, filiação e conjugalidade, dado liquidez dos vínculos e afrouxamento das relações nos tempos atuais. No terreno da medicina, o enquadre visa mapear os cuidados biomédicos oferecidos à mulher, na linha do tempo, seus indicadores de qualidade da assistência, morbidade e mortalidade. Por outro lado, discute-se de que modo a medicina, enquanto discurso hegemônico produz ressonâncias no processo decisório da maternidade. Os avanços biotecnológicos na trajetória reprodutiva das mulheres reposicionaram os protagonistas envolvidos na fecundação. Em contraponto, o discurso psicanalítico destaca o mal-estar da procriação na contemporaneidade e a maternidade como evento singular a cada mulher. Para estabelecer a base desta proposição, fez-se uma depuração sobre “o que é uma mulher?”. A psicanálise, sob a batuta do seu fundador e dos seus sucessores, é a linha teórica adotada para a discussão dos fatores subjetivos e intrapsíquicos envolvidos neste fenômeno. Nas considerações finais destaca-se a maternidade como evento multifacetado, seus pontos de tensão, idiossincrasias e novos aportes contemporâneos. Marca-se, sobretudo, a *arquitetura inconsciente* que modula a fecundidade humana e o *agenciamento significante* que assegura a produção do inédito, a inscrição do singular.

Palavras-Chave: Mulheres; Psicanálise; Maternidade; Medicina; Subjetividade; Contemporaneidade.

SEPÚLVEDA, Karine Rodrigues. **The setbacks of motherhood in contemporary times: psychoanalysis, sociology and medicine on the reproductive lives of women interface.** 167 f. Dissertation, Family in Contemporary Society, Catholic University of Salvador, Salvador, 2014.

ABSTRACT

This paper proposes a transcendence of organic matters which enclose the reproductive life of women. To fulfill this intent academic revisits sociocultural influences, the production of medical discourse and intrapsychic logic that accompanies each woman and her pregnancy. The immersion in everyday hospital scene, and especially the speech of women whose pregnancy was marked by clinical barriers, social difficulties and latent conflicts arise as the mainspring that engenders this literature review. In the body of this paper discusses motherhood under the bias of culture, the evolution of the social role of women, their multiplicity and versatility. Presents itself as a hyper active producing changes this scenario and how it affects the concepts of family and marital affiliation, given liquidity and loosening of the ties of relations in present times. In the field of medicine, aims to map the frame biomedical care offered to women in the timeline, its indicators of quality of care, morbidity and mortality. On the other hand, argues that medicine so as hegemonic discourse produces resonances in the decision making process of motherhood. Biotechnological advances in reproductive career of women repositioned the protagonists involved in fertilization. In contrast, psychoanalytic discourse highlights the malaise in contemporary procreation and motherhood as a single woman to each event. To establish the basis of this proposition, we did a debug on "what is a woman?". Psychoanalysis, under the baton of its founder and his successors, is the theoretical line adopted for the discussion of subjective and intrapsychic factors involved in this phenomenon. In the conclusion stands out motherhood as a multifaceted event, its points of tension, idiosyncrasies and new contemporary contributions. Brand is mostly *unconscious architecture* that modulates human fertility and *significant agency* that ensures the production of the novel, the description of the singular.

Key-Words: Women; Psychoanalysis; Motherhood; Medicine; Subjectivity; Contemporaneity.

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA, em português)
BEMFAM	Bem-estar Familiar no Brasil
DHEG	Doença Hipertensiva Específica da Gestação
DO	Declaração de Óbito
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NRT	Novas Tecnologias Reprodutivas
ODM	Objetivo de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
RA	Reprodução Assistida
RGO	Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
RMM	Razões de Mortalidade Materna
SINASC	Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	A MATERNIDADE COMO EVENTO MULTIFACETADO: QUESTÕES PRELIMINARES.....	10
1.2	CONSIDERAÇÕES SOBRE O MÉTODO E AS DIFICULDADES EM PESQUISA SOCIAL	15
2	A MATERNIDADE, A MULHER E OS EFEITOS DA CULTURA	19
2.1	TEMPOS HIPERMODERNOS E A FRAGILIDADE DOS LAÇOS HUMANOS	19
2.2	A MATERNIDADE E A MULHER NA LINHA DO TEMPO.....	35
2.3	MATERNIDADE E CARREIRA PROFISSIONAL: UM DIÁLOGO POSSÍVEL?.....	45
2.3	CONJUGALIDADE E AMOR: OSSOS DO OFÍCIO?	58
3	A SAÚDE DA MULHER E A MEDICINA	79
3.1	A SAÚDE DA MULHER: A EVOLUÇÃO DE CUIDADOS NOS TEMPOS ATUAIS.....	79
3.1	REALIDADE BRASILEIRA: POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER	87
3.3	O PROFISSIONAL PSI E SUA CONTRIBUIÇÃO À SAÚDE MATERNA	93
3.4	MEDICINA X PSICANÁLISE: PODER E BIOTECNOLOGIA NA TRAJETÓRIA REPRODUTIVA DAS MULHERES.	105
4	A PSICANÁLISE E O MAL-ESTAR DA REPRODUÇÃO	121
4.1	A PSICANÁLISE E A INVENÇÃO DA MULHER	121
4.2	A MATERNIDADE E O VIÉS DA PSICANÁLISE.....	135
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	146
	REFERÊNCIAS.....	152

1 INTRODUÇÃO

1.1 A MATERNIDADE COMO EVENTO MULTIFACETADO: QUESTÕES PRELIMINARES

A Psicologia da saúde como campo disciplinar no Brasil (SPINK, 2003), em sua interface com a obstetrícia, permite considerar a saúde da mulher em período reprodutivo, objeto de investigação e intervenção psicológicas. E como se sabe, a saúde da gestante e a saúde do neonato estão intrinsecamente relacionadas. Nesta perspectiva, as políticas de saúde desenvolvidas visam aprimorar a qualidade da assistência no pré-natal, parto e puerpério. No Brasil, o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, instituído em 2000 pelo Ministério da Saúde, bem como, o Programa de Atenção à Saúde da Mulher (PAISM), incluem diretrizes e normatizações de ação psicossocial, e o psicólogo, consta como membro das equipes multidisciplinares envolvidas neste propósito. Formaliza-se a necessidade de atenção psicológica à maternidade, um *estado entre parênteses*, com tarefas desenvolvimentais importantes.

Gestações de alto risco, partos prematuros, não-desejo de ser mãe, doenças infecto-contagiosas materna, natimortos, abortos de repetição, má-formação fetal, doenças genéticas, iatrogenias¹ hospitalares e outras não-conformidades do período gravídico puerperal, comprometem um projeto de maternidade baseado no ideal social de que esta é uma condição sempre positiva. Veremos, entretanto, que mesmo o parto a termo, advindo de um pré-natal de evolução clínica satisfatória, exige dispêndio de energia e trabalho psíquico dos protagonistas envolvidos, a tríade, mãe-bebê-pai.

Considerando a diversidade e complexidade do processo da maternidade e a constituição particular de cada mulher sobre a experiência relacionada, a presença do psicólogo nesta área médica por excelência, terá papel efetivo para a saúde materno-infantil. Este trabalho desenvolve uma reflexão sobre a maternidade e seus entraves e a importância de uma escuta responsiva à subjetividade materna em nossa contemporaneidade.

¹ Define-se por iatrogenia “os efeitos indesejados sobre a saúde produzidos pela empresa médica, não só pelo impacto direto, mas também pelas transformações provocadas em nível social e simbólico”. (TUBERT, 1996, p.35).

A rotina hospitalar do psicólogo e sua intercessão com a clínica médica obstétrica fez emergir um dado relevante. Observou-se, assistematicamente, um aumento crescente de internamentos por ameaça de parto prematuro. Os leitos do hospital estão acumulando histórias de mulheres cuja gestação não pode ser concluída *naturalmente* a termo. São muitos os impedimentos clínicos: oligohidrâmnia severa, deslocamento prematuro de placenta, pielonefrites, hiperêmese gravídica, DHEG (doença hipertensiva específica da gravidez), hemorragia anteparto, dentre outros. Um arsenal de sintomas médicos que configuram, em geral, dois caminhos: manter a gestante internada, restrita ao leito, para tratamento de detenção do trabalho de parto (tocólise) ou interromper a gestação prematuramente devido o risco materno e/ou fetal. (SCHUPP, 2006).

Sem negar as possibilidades médicas que perturbam a gestação dessas mulheres, me pergunto que outra lógica poderia também contribuir para a formação destes sintomas cada vez mais frequentes. Ao longo da minha trajetória profissional como psicóloga no hospital geral, escutando essas mulheres à beira leito, pude ter acesso a uma vasta narrativa cujas construções simbólicas pareciam denunciar o malogro da gravidez ou, pelo menos, nortearam indícios de uma história gestacional que não passou inócua aos efeitos de família, filiação e cultura. Estas constatações clínicas fomentaram a necessidade de construção desta revisão de literatura. O trabalho clínico só se sustenta aliado à produção científica acumulada sobre o tema, consolidando idiosincrasias e novos aportes.

A obstetrícia e a medicina fetal são áreas investidas de grandes novidades biotecnológicas para 'garantir' viabilidade de reprodução para mulheres que desejam ter filhos. Os movimentos que a ciência, a tecnologia e as transformações sociais impõem, configuraram novos engendramentos subjetivos. Paralelo às inovações tecnológicas e avanços biomédicos, iremos assistir os equívocos, os desencontros e o desamparo da maternidade na contemporaneidade.

O período gravídico-puerperal encerra um estado complexo na vida da mulher marcado por profundas mudanças. (GOMES et al, 2008; BRAZELTON; CRAMER, 1992). Raphael-Leff (2000) constata também este período como uma fase de grande incidência de distúrbios emocionais na mulher (GOMES et al, 2008) e de alta prevalência de sintomas depressivos e ansiosos, com especial referência aos quadros de *Baby Blues*, Depressão Pós Parto e Psicose Puerperal. (FALCONE,

et al., 2005). Afirmativa que demarca a relevância de analisarmos este fenômeno na contemporaneidade sob a luz dos processos psicológicos subjacentes.

Dado esta realidade, este trabalho propõe um ultrapassamento das questões orgânicas que encerram a vida reprodutiva das mulheres. Traz à tona as influências socioculturais e a lógica intra e intersubjetiva que acompanham cada mulher e sua gestação. A imersão na cena cotidiana no hospital e a interlocução dos discursos com a medicina, a psicanálise e a sociologia nesses eventos, mas, sobretudo o discurso de mulheres cuja gestação foi acompanhada por entraves clínicos, dificuldades sociais, conflitos familiares e intrapsíquicos, se apresentam como mola-mestre deste percurso científico.

O conceito de cotidiano, tal como exposto, sempre foi estudado nas ciências humanas e sociais, à revelia do coletivo. A investigação da vida cotidiana deve refletir na reprodução do social permitindo uma generalização do fenômeno social. (HELLER, 1991).

Para Lefebvre (1991), na medida em que se faz uma análise do cotidiano pode-se a partir deste marco caracterizar o mundo que vivemos, no tempo atual e em suas transformações. A partir de fatos aparentemente insignificantes do cotidiano remonta-se à grande cena social.

Participar deste cotidiano fez emergir o interesse em buscar compreender como a comunidade científica tem analisado este fenômeno. Para tanto, proponho uma revisão de literatura com análise crítica dos valores sociais, do poder da medicina, dos aspectos subjetivos, dos vínculos preestabelecidos, da mediação cultural e seu contexto histórico acerca do fenômeno da maternidade na contemporaneidade.

Sabe-se que o casamento e a maternidade sofreram importantes mudanças no tempo, demarcando novas formas de pensarmos as relações familiares (SCHUPP, 2006; RIBEIRO, 2004). O fenômeno do adiamento da maternidade se apresenta como campo fértil para refletirmos sobre os modos de interação da cultura, da subjetividade e das formas contemporâneas da conjugalidade. Estudos (BELTRAME, DONELLI, TAGMA, 2012; GOMES, et. al. 2008; GOMES; PAIVA, 2003; SOARES; CARVALHO, 2003; SCAVONE, 2001) demonstram que o controle feminino sobre a reprodução, a escolha ou não de ter filhos, o casamento como

opção e não destino, a entrada da mulher no mercado de trabalho, os avanços biotecnológicos da reprodução assistida engendram o cenário da família nos tempos hipermodernos.

Pretende-se uma reflexão crítica sobre as repercussões do adiamento do projeto parental, das exigências socioculturais que interferem nesse processo decisório. Com especial atenção aos aspectos subjetivos que colaboram para as concepções sobre casamento, maternidade, conjugalidade e carreira profissional, apoiadas nas premissas no mundo contemporâneo.

Diante do exposto, esta dissertação tem por objetivo analisar os reveses da maternidade na contemporaneidade, entrelaçando os campos da sociologia, da medicina e da psicanálise. Especificamente visa:

- _ Discutir a Maternidade e sua relação com o “ser mulher” na linha do tempo;

- _ Analisar de que modo fatores sócio-culturais podem colaborar para o engendramento da maternidade na contemporaneidade;

- _ Discutir as novas configurações familiares, a conjugalidade e sua relação com o projeto parental;

- _ Estabelecer a regulação do discurso médico (ciência) e da biotecnologia na contemporaneidade e sua interferência na vida reprodutiva das mulheres.

- _ Discutir a clínica obstétrica e o malogro da gravidez sob a luz da psicanálise, com suas possibilidades e limites;

- _ Avaliar a pertinência do trabalho multidisciplinar na compreensão do fenômeno da maternidade;

- _ Realçar a dimensão subjetiva presente na vida reprodutiva de cada mulher;

A partir da problemática que questiona as consequências dos arranjos sociais, biomédicos e subjetivos sobre a vida reprodutiva das mulheres na contemporaneidade, alguns critérios foram estabelecidos para funcionar como operadores da construção multidisciplinar deste trabalho. O arrolamento dos autores aqui utilizados configura o ponto máximo desta tarefa. A escolha destes se apóia no

interesse de permitir a costura ideal para ampliarmos a visão do leitor sobre o fenômeno da maternidade e seus artifícios.

No campo da sociologia, a aproximação dos clássicos: Badinter, E. (1985) *Um Amor Conquistado: o Mito do Amor Materno* e Ariés, P. (2006) com a obra *História Social da Criança e da Família* constroem as bases necessárias para pensar o modo como a mulher, a família e a maternidade foram tratadas na linha do tempo sob os auspícios da cultura vigente.

Na perspectiva de trazer este tema para a contemporaneidade, Bauman Zygmunt, (2004) com o livro *Amor Líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos* e Lipovetsky, G. (2004) com o célebre *Os tempos hipermodernos* definem a linha de raciocínio que formata o revestimento instável da cultura e suas ressonâncias na produção de construtos sobre modos de filiação e laço, fio condutor para problematizar as mudanças estruturais de família e conjugalidade. Outros teóricos enriquecessem este propósito. Entre eles: Giddens, Féres-Carneiro, Scavone, Calligaris, Birman, Kehl, Chodorow e outros. Trata-se de pesquisadores do tema, cuja relevância acadêmica e científica justificam seu uso neste trabalho.

No terreno da medicina, o clássico *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico* de Jean Clavreul (1978) precipita a discussão sobre o valor normativo da ciência acerca da maternidade. O discurso médico se apresentaria como regulador contemporâneo da reprodução humana, cuja ênfase no especialista modula a relação da mulher com o seu corpo e com a maternidade.

Considerando que a maternidade não se resume a um evento biológico e que elementos inconscientes interferem na fertilidade humana, apresenta-se neste trabalho a maternidade como uma experiência singular. Descaracterizada da idéia de maternidade como evento natural, da ordem do instinto, inclui-se novos fatores como relevantes para a fertilidade humana. Para explicitar essa questão e torná-la passível de contorno científico, buscou-se referências da psicanálise para sustentar este pressuposto. Chatel (1995), com o livro *Mal-estar na procriação: as mulheres e a medicina da reprodução*, inaugura o leque de autores que colaboram na formulação destas hipóteses. Entre estes, Julieta Jerusalinsky, Golse, Isfer, Iaconelli, Bydlowski, Maldonado, entre outros cujas produções clínicas fornecem sustentação a este estudo.

A psicanálise é adotada neste trabalho com especial referência à Freud e Winnicott, por justa reverência. Freud, por sustentar os primeiros trabalhos sobre o inconsciente e seu potencial de interferir na nossa vida cotidiana e por estabelecer as bases teóricas sobre a mulher, a sexualidade e a feminilidade. A dimensão subjetiva é aqui destacada como mola-mestre deste trabalho. As contribuições winnicottianas sobre a relação mãe-bebê estão presentes em diversos capítulos em diálogo com outros campos de saber. Winnicott, pediatra e psicanalista, destaca-se neste cenário pelo investimento vasto e especial sobre o tema da maternidade e por isso seu uso se faz indispensável para cumprir os objetivos delineados nesta dissertação.

Os critérios apresentados demarcam a intenção de construir um trabalho multidisciplinar afinado com as regularidades e instabilidades do seu tempo.

1.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE O MÉTODO E AS DIFICULDADES EM PESQUISA SOCIAL

O tema da maternidade é amplamente discutido nas ciências humanas, sociais e biomédicas. Construir uma revisão de literatura sobre um tema vastamente pesquisado se configura em uma tarefa árdua. A conjunção dos fatores sociais, médicos e psicológicos amparados pelo discurso desses campos de saber, permite elencar a maternidade como fenômeno que não pode ser apreendido unilateralmente, mas que a sua natureza se manifesta multifacetada, por isso elástica e toda pesquisa sobre o tema pode contribuir para a construção do conceito de maternidade desvinculada do seu aspecto instintivo, natural ou uma reação isolada ao tempo sócio-histórico em que se vive. (IACONELLI, 2012; MEIRA, 2010).

Pergunta-se continuamente como fazer uma análise do mundo que vivemos e ao mesmo tempo nos distanciarmos deste para não impregná-lo com nossas interpretações e subjetividade. Por vezes, compartilha-se enquanto pesquisador da realidade a ser estudada, por outro lado, insere-se em um grupo ou comunidade, cujos valores sociais destoam daqueles apreendidos pelo pesquisador. Nesta perspectiva, ser uma mulher contemporânea e dissertar sobre esta questão

introduz questionamentos e impasses pessoais que podem repercutir sobre os resultados deste estudo. Adverte-se sobre esta problemática.

Da Matta (apud. VELHO, 1978, p.5) corrobora essa tese ao referir que:

“O que sempre vemos e encontramos pode ser familiar, mas não é necessariamente conhecido e o que não vemos e encontramos pode ser exótico, mas até certo ponto, conhecido. No entanto estamos sempre pressupondo familiaridades e exotismos como fontes de conhecimento ou desconhecimento, respectivamente” (VELHO, 1978, p.5)

A pesquisa científica busca encontrar regularidades discursivas sobre dado fenômeno, favorecendo uma ampliação dos conhecimentos. Toda produção de conhecimento ocorre através da aplicação de métodos que, por aproximação sucessiva do problema permite a busca de soluções. Trata-se de um ciclo, um processo dinâmico, sempre posto à verificação e à re-atualização de saberes. (PINTO, 2004).

Haguette (1992) aponta o fracasso da ciência na busca de respostas efetivas para solucionar problemas sociais graves, como a desigualdade e suas ressonâncias na vida do homem. Alicerçada nos ideais de neutralidade e imparcialidade, a ciência carrega, em seu bojo, a complexidade de ser uma obra construída pelo homem, com suas possibilidades e limitações.

Bachelard (1972, apud SANTOS 2001), refuta que “a ciência se opõe absolutamente à opinião” (p.33). A ciência exige a construção continuada, ao exercício diário dos personagens envolvidos na tarefa de tornar o conhecimento sobre dado fenômeno válido, ou seja, baseado em lógica, razão. Dito isto, se coloca em revelo a complexidade de pesquisa no campo das ciências sociais, uma vez que neste campo os objetos são seres falantes que compartilham ou não dos mesmos códigos de linguagem e que também por isso está destinado aos equívocos da comunicação, a interferência significativa do pesquisador e à produção de conhecimento científico diferente das ciências naturais. (SANTOS, 2001).

Velho (1978) também demarca os impasses inerentes à polissemia da linguagem, do potencial simbólico humano, dos fenômenos históricos, da interação e papéis sociais, do atravessamento da cultura e da experiência compartilhável. Situações estas que marcam a complexidade de tratar a neutralidade e a objetividade neste terreno.

Alerta ainda para as discontinuidades sempre presentes entre o mundo do pesquisador e o universo a ser explorado dado as peculiaridades desta realidade, do objeto e categorias sociais. Inclui como parte a ser considerada os estereótipos sociais que podem enviesar os resultados assim como a distribuição social do poder. Marca-se a possibilidade permanente de conflito. (VELHO, 1978).

Este estudo lança luz sobre a dificuldade de apreender o fenômeno da maternidade na contemporaneidade, tão familiar e ao mesmo tempo tão estranho, dado suas infinitas possibilidades de arranjos e funcionamentos que, em geral, não responde à lógica determinante por impregnar aspectos da singularidade². Não se pode ficar cego à pluralidade deste fenômeno tampouco às suas ressonâncias na produção de conhecimento científico válido sobre as concepções de família, filiação e conjugalidade.

Para sustentação dos objetivos propostos foram construídos três capítulos. No primeiro capítulo, apresenta-se a maternidade sob o viés da cultura, a evolução do papel social da mulher na contemporaneidade, sua multiplicidade e polivalência. Em consonância, discute-se de que modo a hipermodernidade atua produzindo mudanças neste cenário afetando os conceitos de família e de conjugalidade, dada a liquidez dos vínculos e afrouxamento das relações nos tempos atuais. Discute-se ainda, as ressonâncias desta conjuntura social na subjetividade da mulher e no processo decisório da maternidade.

No segundo capítulo, o embate teórico é no terreno da medicina, cujo enquadre visa mapear o perfil de cuidados biomédicos pensados, na linha do tempo, para a saúde da mulher no período gravídico-puerperal. Discute-se de que modo as políticas de atenção à saúde desta população são estabelecidas no cenário Brasil, seus indicadores de qualidade da assistência, morbidade e mortalidade. Associado a este cenário, põe em relevo os avanços da biotecnologia na trajetória reprodutiva das mulheres. A atenção à saúde da mulher reflete o modo como a cultura brasileira pensa e vê o lugar da mulher, suas necessidades e relevância social. A medicina, na contemporaneidade, é responsável por ditar normas de conduta e comportamento e

² “A psicanálise não visa ao particular, mas ao singular, pois objetiva trazer “à luz o modo privado de gozo do ser falante como o resto absoluto, único e irreduzível” (CAMPOS, 2009, p. 05 apud MEIRA, 2010). “Pode-se daí extrair uma distinção entre a medicina e a psicanálise: enquanto a primeira opera com o particular do conjunto, a segunda trabalha com o singular absoluto”. (MEIRA, 2010, p.18)

a maternidade não passou inócua a esta transformação. A experiência da maternidade ganha contornos sociais e subjetivos que ultrapassam o determinismo biológico. Desse modo se faz importante estabelecer um diálogo com a medicina e a psicanálise e suas contribuições para a saúde materna com finalidade de consolidar este intento acadêmico.

No terceiro capítulo, discute-se o mal-estar da procriação na contemporaneidade e a maternidade como experiência particular a cada mulher. Para estabelecer a base desta proposição, fez-se uma depuração sobre “o que é uma mulher?”. A psicanálise, sob a batuta do seu fundador e dos seus sucessores, será a linha teórica adotada para a discussão dos fatores subjetivos e intrapsíquicos envolvidos neste fenômeno. As considerações finais reúnem as questões levantadas no decurso deste trabalho afinando o propósito de compreender a maternidade como evento multifacetado.

2 A MATERNIDADE, A MULHER E OS EFEITOS DA CULTURA

O despertador desperta,
Acorda com sono e medo;
Porque a noite é tão curta e fica tarde tão cedo?

Millôr Fernandes, (*"Pif-Paf"*).

2.1 TEMPOS HIPERMODERNOS E A FRAGILIDADE DOS LAÇOS HUMANOS

"...É com a modernidade que ocorre a ruptura, não para reinserir o presente na preocupação de todos, mas para inverter a ordem da temporalidade e fazer do futuro, e não mais do passado, o locus da felicidade vindoura e do fim dos sofrimentos. Essa ruptura essencial na história da humanidade se traduz na forma de um discurso radicalmente oposto àquele da decadência, exaltando desta vez as conquistas da ciência e apontando as condições de um progresso ilimitado do qual deveríamos ser os herdeiros". (LIPOVETSKY, 2004, p.14).

A transcrição acima aponta para o otimismo Iluminista. Mas na passagem para o século XX, a razão perdeu seu otimismo, em consonância com as catástrofes, os insucessos e as decepções que se interpuseram ao homem moderno. A desagregação da tradição e da disciplina, a lógica da globalização, o fracasso das grandes ideologias da história, a primazia do aqui e agora, os avanços técnico-científicos, as novas tecnologias da comunicação, e mais tantos outros processos, nos colocam diante de uma sociedade pós-moderna, hiperbólica, plural e de temporalidade efêmera. Os sistemas de representação se tornaram objetos de consumo. Nesta perspectiva, nem o passado nem o futuro mantiveram sua aposta de felicidade. O homem ficou "desbussolado", sem referências estruturantes, perdido no tempo e no espaço. (LIPOVETSKY, 2004)

Assim o autor nos apresenta a Hipermodernidade. Nomeação capaz de dar contorno intelectual e de qualificar o estado das sociedades cujo enquadre e modo de funcionamento cultural, político e ideológico passavam por uma profunda e rápida mudança de direção.

"...Hipercapitalismo, hiperclasse, hiperpotência, hiperterrorismo, hiperindividualismo, hipermercado, hipertexto - o que mais não é hiper? O que mais não expõe uma modernidade elevada à potência superlativa?..."

Tudo foi muito rápido: a coruja de Minerva anunciava o nascimento do pós-moderno no momento mesmo em que se esboçava a hipermodernização do mundo". (LIPOVETSKY, 2004, p. 53).

Observa-se uma sociedade regulada pelas metáforas: extremo, ilimitado, acelerado, gigantesco, inovador, eficiente, mutante, ambíguo. São exemplos do hiper: as transformações nos referenciais sobre a morte, a procriação, a internet. Explico o que quero dizer com isso: Os avanços da ciência criaram possibilidades de cura antes impensadas, bem como arsenais tecnológicos capazes de driblar a morte, como assistimos nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Tem-se pulmão artificial (ventiladores mecânicos), rim artificial (Hemodiálise) e uma infinidade de drogas (noradrenalina, dobutamina, nipride e outros) que regulam a pressão sanguínea e os batimentos cardíacos.

A medicina da procriação não foge à regra. Hoje são infindáveis os tipos de tratamentos oferecidos para driblar a infertilidade, ou melhor, a impossibilidade da procriação pelos meios ditos naturais. São diversificadas as técnicas de Reprodução Assistida (RA): a fertilização *in vitro*, a transferência de embriões, dentre outros. A engenharia genética permite-nos a escolha do sexo e das características físicas do seu bebê. A ultrassom em 3D permite ver o seu filho antes mesmo do seu nascimento. Apressado e exagerado esse mundo.

E, como não mencionar as infinitas possibilidades de comunicação com a internet? Suas infinitas conexões em rede, seu afluxo exorbitante de informações por minuto, por segundo.

Por outro lado, a hipermodernidade define uma sociedade dividida entre dois extremos: a cultura do excesso e o elogio à moderação. "Por meio de suas operações de normatização técnica e desligação social, a era hipermoderna produz num só movimento a ordem e a desordem, a independência e a dependência subjetiva, a moderação e a imoderação". (LIPOVETSKY, 2004, p.56)

Os sistemas Estado, Família e Religião sofreram mudanças estruturais. O Estado recua, a religião e a família se privatizam. As identidades antes reguladas por sistemas de organização verticais, cuja escalada era orientada por um ideal superior a ser alcançado, são interpostas por uma lógica horizontal, que não asseguram um norte a seguir, lançando o sujeito no desamparo.

“Desamparo é uma palavra formada pela soma do prefixo *des* com o substantivo *amparo*. *Des*, derivado do latim *ex*, tem o sentido de “separação”, “transformação”, “intensidade”, “ação contrária”, “negação”, “privação”. *Amparo* é derivado do verbo *amparar*, do latim *antepare*, que significa “*pôr algo à frente para proteger*”, indicando um elemento concreto em jogo com as nuances do termo ‘amparo’. *Amparar* é “dar meios de vida a; sustentar”; “suster para impedir de cair”; “agarrar-se a alguma coisa para não cair; escorar-se, apoiar-se”. Desse modo, “amparo” significa “ação ou efeito de amparar; pessoa ou coisa que ampara; escora, esteio, arrimo”; “auxílio”, “ajuda”; “refúgio, abrigo”; e, no sentido figurado, refere-se a “proteção, auxílio, socorro”. (FERREIRA, 1986, apud. MENEZES, 2008, p. 23-24).

As concepções acerca da palavra desamparo remetem-nos à cena cotidiana do hospital. São vários os enunciados sobre a impossibilidade de ser mãe, de gestar a termo um bebê até a comunicação de más notícias: “*Trata-se de um natimorto*”; “*Seu bebê é portador de uma patologia grave*”; “*sua gestação é de alto risco*”, dentre outros. Escutamos os apelos frente ao desamparo: “*Doutor, salva meu filho! Salva minha esposa. Ela é meu braço direito, meu chão, minha única família, sem eles não sei o que faço*”.

É também na conjunção desta realidade que a família entra em cena. Quem assiste à família? E seus apelos, quem os escuta? O agravo de saúde e a iminência de morte de um membro da família evoca a condição de desamparo. Coloca-se o sujeito numa posição, pelo *impossível de dizer*, de fabricar deslocamentos como recurso para driblar o *impossível de ver*, que se impõe através do Real³. Comumente, ainda encontra-se o emaranhado de conflitos familiares que eclodem neste momento de adoecimento grave e hospitalização.

Freud, em carta escrita a Lou Andreas-Salomé, declara seu desgaste diante do corpo acometido por um câncer, as manipulações dolorosas e as ressonâncias da evolução natural da doença: “Eu bem suportei todas as realidades repugnantes, mas aceito mal as possibilidades, não admito esta existência sob ameaça de feriado” (apud, CANGUILHEM, 2005, p. 33).

No discurso de Freud sobre a sua experiência em torno do adoecimento observa-se o entrelaçamento de diversos personagens envolvidos no processo saúde-doença, bem como marca o desamparo radical e a necessidade de um

³ “Termo empregado como substantivo por Jacques Lacan, introduzido em 1953 e extraído, simultaneamente, do vocabulário da filosofia e do conceito freudiano de realidade psíquica, para designar uma realidade fenomênica que é imanente à representação e impossível de simbolizar”. (ROUDINESCO, E. 1998, p.644-645).

ultrapassamento da doença orgânica. Não se trata somente do corpo-organismo, mas da sua rede de construção de sentidos e historicidade. Marca-se, neste sentido, a presença de um *Mais-Além*.

Observa-se na prática clínica continuada nos hospitais uma “desagregação psíquica” de paciente/família (unidade assistencial), por sempre, atribuída predominantemente à esfera somática, não se dimensiona como problemática de dupla face, cuja resolução requer a interlocução com outros campos de saber, para o que a biologia ou anatomia não pode responder unilateralmente. Adoecer significa se deparar com o desamparo terrífico, efeito da experiência de impotência elevada a um ponto radical.

No caso das gestações que agravam ou complicam, o adoecimento provoca uma ruptura abrupta das concepções, valores e verdades construídas pelo sujeito (paciente e família). É terrífica a constatação de que a maternidade, cujo enquadre social preconiza um sonho a ser realizado, a plenitude, não possa ser comemorada. O tão desejado filho pode efetivamente não vir a existir nem realizar o investimento e a aposta dos seus pais.

O hospital tem sido palco destas manifestações da maternidade. A partir desta constatação clínica nasce o interesse de pensar por que na contemporaneidade as questões da maternidade se apresentam articuladas num emaranhado simbólico que inflaciona a mulher e adoce a vida reprodutiva do casal. Por muitas vezes, o discurso médico intitula que não há achado orgânico que justifique a infertilidade em grande parte dos casos que chegam à clínica. O que há então nessas impossibilidades?

O tema da família, da mulher e da maternidade como estruturas que sofreram impacto dessa “era do vazio” e responderam com hiper-transformações para sobreviverem neste cenário, interessa particularmente a este trabalho. Já sabemos de antemão, que a hipermodernidade passa a interferir diretamente nos modos de vida social, no cotidiano familiar e comportamentos de homens e mulheres. Assistimos à revolução do cotidiano: Novas aspirações, novas paixões, novos modos de vida.

O cotidiano, numa perspectiva filosófica, foi amplamente problematizado no século XX por autores como Henri Lefebvre e Agnes Heller, aqui adotados por

trazerem a vida cotidiana como espaço de transformação do social. Discutir o cotidiano implica na análise da vida do indivíduo, e todos os elementos que asseguram seu modo de se apresentar ao mundo, seja sua personalidade, suas habilidades intelectuais, idéias, ideologias, sentimentos.

“Para reproduzir a sociedade é necessário que os homens singulares se reproduzam a si mesmos enquanto homens singulares. A vida cotidiana é o conjunto de atividades que caracterizam a reprodução dos homens singulares, os quais, por sua vez, criam a possibilidade de reprodução do social” (HELLER, 1991, p.19).

Para Lefebvre, o cotidiano se estabelece a partir da grande montagem da cena social moderna. Nas palavras do autor:

“Tratando-se de cotidiano, trata-se portanto de caracterizar a sociedade em que vivemos, que gera cotidianeidade (e a modernidade). Trata-se de defini-la, de definir suas transformações e suas perspectivas, retendo entre os fatos aparentemente insignificantes, alguma coisa de essencial(...) o conceito torna-se o fio condutor para conhecer a sociedade, situando o cotidiano no global. (1991, p. 35).

A estrutura da vida cotidiana implica num diálogo constante com o genérico (coletivo) e o particular. As ações da vida cotidiana refletem a execução espontânea dos hábitos ordinários: comer, trabalhar, dormir, por exemplo. Algo que se define por rotina. Para Heller (1991) essa seria uma importante característica do cotidiano.

A primazia do eu e o regime do tempo na contemporaneidade se colocam como parâmetros hipermodernos relevantes para entender o laço social, por conseguinte às relações intrafamiliares e, por fim, contribui para a elucidação do cotidiano das mulheres, cuja trajetória reprodutiva se enlaça com as intempéries da sociedade em que vive.

O cidadão da nossa sociedade hipermoderna é um homem sem um norte a seguir, sem referências, sem garantias. Um mundo abarrotado de sinais confusos, controversos como num um jogo de antíteses – excesso *versus* moderação; individualização *versus* gestos humanitários – propensos a mudanças constantes, sem aviso prévio. (LIPOVETSKY, 2004).

Os habitantes desta terra ficaram sem as referências das gerações anteriores que regulavam seus modos de agir, pensar e criar. Trata-se de improvisar agora, a norma é a produção do inédito. Novas habilidades, qualidades, novos jeitos

de resolver aquela tarefa, de enfrentar aquele problema, de se relacionar com o outro. Mas como improvisar no vazio? Como fazer laço num mundo excessivamente mutante? O que servia outrora, hoje já não tem valor. Como ligar-se ao outro desta maneira?

Bauman (2004) levanta a proposição de que junto com a modernidade líquida nasce a fragilidade das relações humanas. Fazer laço virou uma tarefa difícil. As conexões em rede, em que é possível se conectar e se desconectar quantas vezes forem necessárias, são mais atraentes. A garantia de permanência e/ou estabilidade virou prêmio de loteria.

“Diferentemente de “relações”, “parentescos”, “parcerias” e noções similares – que ressaltam o engajamento mútuo ao mesmo tempo em que silenciosamente excluem ou omitem o seu oposto, a falta de compromisso -, uma “rede” serve de matriz tanto para conectar quanto para desconectar; não é possível imaginá-la sem as duas possibilidades. Na rede, elas são escolhas igualmente legítimas, gozam do mesmo status e têm importância idêntica...Nela, as conexões são estabelecidas e cortadas por escolha...” (BAUMAN, 2004, p.12).

Mais uma vez observa-se a lógica conflitiva dos tempos hipermodernos. Trata-se de fazer laços e ao mesmo tempo mantê-los na medida ideal para que possam ser desfeitos. Há um afrouxamento das relações. Se estivermos diante de uma sociedade que desregula ou modifica os relacionamentos humanos, as concepções de família, conjugalidade e maternidade estão também ameaçadas. Paira no ar uma profunda sensação de desamparo e insegurança diante do futuro.

Em nome da liberdade e da individualidade os relacionamentos se apresentam com caráter ambíguo: varia do desejável ao intolerável, do ideal a ser atingido ao pesadelo constante. E, obviamente por isso virou destaque no debate de diferentes campos de saber. Discutir sobre relacionamentos humanos é o que há de mais *cult* no momento. (BAUMAN, 2004).

Fenomenologicamente, os cidadãos da sociedade líquida parecem ávidos por relacionar-se. Existe um amplo catálogo de aplicativos virtuais que asseguram fazer amizades e construir relacionamentos mesmo a grandes distâncias geográficas. Mas basta um olhar mais atento para perceber que nessas redes sociais o que menos interessa é a qualidade da relação, mas o quanto esta pode lhe render de popularidade. Importa ter um grande número de pessoas seguindo sua

página no *facebook*, no *instagram* ou *twitter* e curtindo suas postagens. Interessa mesmo fazer vínculo?

A vida nas redes sociais parece sempre convidativa à felicidade. Inflacionada nas redes, vazia no mundo real. Pessoas que acumulam milhares de seguidores na esfera virtual podem perfeitamente no mundo real se absterem de relacionar-se. Entrelaçam-se atração e repulsão num único jogo.

Mais uma vez, recorre-se ao especialista em relacionamento ou em comportamento humano para entender a complexidade deste fenômeno. A ciência tem sido – como anteriormente fora o Estado, a Religião e Família – a responsável por definir normas e padrões de normalidade no comportamento humano. Observa-se um crescente número de pessoas que busca auxílio profissional para entender suas dificuldades de relacionar-se com o outro. Exemplos: os pais que levam o filho que não consegue sair da frente do computador, dos jogos e relações sociais virtuais; as adolescentes e a escolha cada vez mais habitual pela prática do “ficar” em detrimento dos namoros duradouros e estáveis. E os adultos, que não conseguem manter-se num casamento separando-se toda vez que se deflagra uma crise conjugal. Espera-se que a ciência tenha resposta para esses problemas e que possa resolvê-los rapidamente, sem sofrimento e sem angústia. (BAUMAN, 2004).

Há uma desenfreada busca por respostas ou modos de regulação de comportamento que evitem a rejeição, o sofrimento. Com isso evitam relacionamentos que possam colocá-los em risco de envolver-se, de terem sua liberdade cerceada, suas satisfações e desejos não satisfeitos. Em busca desta evitação não estariam também sofrendo? Qual a verdade sobre os relacionamentos? Duradouros ou Momentâneos? Estabilidade ou Desejo constante pelo novo, pelo diferente? Perguntas que a ciência não foi capaz de responder.

Dos prazeres do convívio aos horrores da clausura, seguem os habitantes da sociedade líquida em busca do ideal libertário de felicidade. Nenhuma cartilha ou manual de instruções foi encontrado para nortear a melhor forma de relacionar-se, de fazer vínculo. O laço sempre que feito exige dispêndio de energia dos protagonistas em cena. Estamos dispostos a pagar o seu preço? Como constituir família sobre essas premissas?

Não é sem sentido que o conceito de família, maternidade e conjugalidade vêm ganhando larga abertura e amplitude. Observa-se uma tendência a tratar esses fenômenos de forma bastante elástica que possa permitir a inclusão e a exclusão daquilo que obedece à lógica ambivalente da hipermodernidade. A consanguinidade deixa de ser fator preponderante para se definir o que é família e múltiplos arranjos familiares são vistos no tempo atual.

Também não parece dissociado desta realidade pensar no crescimento de psicopatologias no mundo atual. As manifestações do sofrimento psíquico têm alcançado proporções alarmantes em diferentes formatos: as toxicomanias, as depressões, os transtornos alimentares, dentre outros. (BIRMAN, 1999). Está difícil responder às exigências do mundo moderno?

Pois é deste terreno que a medicina não se ocupa pelo embaraço que esta produz, pelo incompleto, pelo que não pode ser 'todo', não pode ser representado e dizível de forma empírica, que a psicanálise entra em cena e destaca a noção do '*pathos humano*' como a manifestação das experiências singulares de cada sujeito que se apresenta em sofrimento psíquico.

Quando se pensa sobre o mal-estar, independente da época social e histórica em que este se manifesta, reporta-se, inevitavelmente, ao terreno da subjetividade. Pois é sempre nesta perspectiva que o mal-estar se apresenta. Psíquico e somático pode ser traduzido por sofrimento. E é deste ponto que se começa a delinear o campo no qual se inscrevem as psicopatologias e sobressai o sujeito que sofre.

Freud (1929) nos ensina que o mal-estar é inerente ao 'homem civilizado'. O processo civilizatório impôs ao homem restrições ao livre funcionamento das pulsões sexuais e destrutivas em nome das necessidades comunais. O homem moderno renuncia à satisfação pulsional imediata em prol de uma 'ilusão futura de felicidade'. A civilização moderna, dessa forma, é construída pela renúncia.

Essa observação freudiana leva a formulação da importância do 'meio' na constituição subjetiva do homem. Ressalta que o eu se constitui a partir das trocas intersubjetivas com o mundo externo e seus objetos. O homem, com exceção da fantasia, da imaginação, tem como fonte de satisfação de suas necessidades

pulsionais o mundo externo. Essas trocas interacionais entre o sujeito e o mundo não ocorrem harmoniosamente.

Na sociedade moderna, tempo antropológico e histórico no qual Freud fundamenta sua obra, o estatuto do sujeito carrega, nas entrelinhas, os desígnios das práticas sociais vigentes. O homem do século XIX vive o conflito entre as exigências de dois senhores: o mundo pulsional e o mundo social. Um conflito dificilmente evitável. Faz, nessa perspectiva, uma leitura crítica dos 'impasses' que a modernidade apresenta para o homem. E mais, sustenta que a condição de desamparo do sujeito é irreduzível.

Com a modernidade, o homem vivenciou uma transformação radical das práticas sociais, formas de ordenamento para a vida em sociedade. As conquistas científicas, tecnológicas, culturais, políticas alteraram a ordem social na modernidade. Freud (1929) nos apresenta as transformações nas concepções de sexualidade, beleza, família, os controles sobre o corpo, higiene, a 'morte de Deus', a 'instalação da ordem', entre outras exigências. Esse funcionamento social se constitui em formas encontradas para controlar os impulsos agressivos e sexuais do homem e possibilitar a vida em grupo. Podemos nos perguntar de que forma estas transformações 'desorganizam' os modos de subjetivação instituídos. Mudam-se os estilos de vida, mudam-se as formas de manifestação da subjetividade e das psicopatologias. (BIRMAN, 1999).

Na atualidade, observa-se um novo engendramento das subjetividades. Frente à 'cultura do narcisismo' e à 'sociedade do espetáculo', Birman (1999) discute os propósitos e os destinos do desejo, sua frustração e, dessa forma, o mal-estar contemporâneo. Hoje, as condições do mundo e os seus imperativos potencializaram o desamparo e a angústia dos indivíduos.

A 'cultura do narcisismo' valoriza a 'estetização do eu', o 'fora-de-si' (exteriorização) ao invés do 'dentro-de-si' (interiorização), a alteridade está 'fora de moda', subvertendo a lógica existencial, valores, concepções e favorecendo o colapso do mundo psíquico do sujeito. As relações inter-humanas estão esvaziadas de sentido, o outro é visto como objeto para usufruto.

A atualidade é marcada por uma turbulência de possibilidades, múltiplas escolhas, modelos sociais diversificados, dentre outros. Podemos supor as

consequências desse instável arranjo social para a vida psíquica do sujeito contemporâneo? A multiplicidade vem acompanhada de muitos impedimentos existenciais, oferecendo um arsenal de incertezas ao indivíduo, terreno fértil para manifestação do 'sofrimento psíquico'. (PEREIRA, 2000).

Se na modernidade assistíamos às neuroses, dado o avanço histórico, muda-se o discurso e o cenário atual aponta outras formas de expressão do conflito do sujeito com o mundo. A psicopatologia atual opera na lógica do fundamento biológico, a terapia medicamentosa ganha estatuto de primazia, há uma ênfase nas síndromes e sintomas corporais e na análise funcional da enfermidade. Entram em cena as depressões, as toxicomanias e o pânico como psicopatologias atuais frente a essa transformação na problemática do sujeito. Se observarmos, as psicopatologias marcam o fracasso daqueles que não conseguiram operar sob a égide da 'sociedade do espetáculo', da 'estetização da existência' e 'inflação do eu' (BIRMAN, 1999).

As formas de sofrimento manifestadas pelo homem são indissociáveis das remodelações do campo social. E, se o mal-estar é intrínseco à civilização, sempre encontrará formas de expressão diversificadas, em consonância com o tempo e em linhas de contorno com a ordem social dominante.

Ao longo desta discussão, alguns pontos devem ser ressaltados. Viu-se, especialmente, que o campo da psicopatologia não se resume à descrição e classificação de categorias gerais sobre o padecimento humano. E destacou-se que o sujeito se apresenta com rica 'variabilidade singular', com diferentes contextos, nuances e imerso num universo simbólico ancorado sob a égide da cultura.

A clínica nos apresenta um catálogo de exemplos de que a tentativa de reduzir o sofrimento mental a um fenômeno passível de ser descrito e encerrado em categorias universais não corresponde à experiência do sujeito que padece de uma dor física e/ou moral. Desta forma, tendem ao fracasso e empobrecem a compreensão do *pathos humano*. (PEREIRA, 2000).

Nesta perspectiva unívoca, não se contabilizam as 'facetas do sujeito' frente ao seu padecimento. Não insere o 'colorido' e o estado 'preto e branco' que esse sofrimento psíquico confere ao sujeito que o porta. E mais, não se reconhece que se esse sujeito se constitui na relação com o outro, a sua história de vida, o significado que atribui ao seu padecimento, suas relações familiares e afetivas, o desamparo e

a dor, vividos como único recurso face aos seus desejos e o caos psíquico somam, implicitamente, vestígios sobre o dito 'sofrimento' e que este também congrega funções e sentidos. (PEREIRA, 2000). Talvez, seja a única forma encontrada pelo sujeito para sustentar sua existência, uma espécie de contrato assinado para atender as diversas exigências deste mundo contemporâneo que não coexistem pacificamente com os seus desejos inconscientes.

Para além desta referência, assiste-se ainda um crescimento nos casos de parricídios, fratricídios, infanticídios, o que denuncia a desregulação da família como instituição que afrouxa seu legítimo poder. (IACONELLI, 2012; PETRINI, 2007).

Na medida em que o sujeito não consegue tolerar as restrições impostas pela sociedade, ou melhor, gerenciar o mal-estar produzido por esta, buscando meios de satisfações substitutivas parciais, entra em campo as neuroses e, em seu bojo, o sentimento inconsciente de culpa e a ansiedade – catalisadores do sofrimento do sujeito. (BIRMAN, 1999).

A maternidade, aqui interposta nesse cenário, ganha relevo e novos contornos subjetivos que ameaçam mudanças conceptuais importantes. Na hipermodernidade, o vínculo foi elevado a intensos níveis de fragilidade, a multiplicidade e a velocidade dos processos sociais ofereceram novos caminhos à mulher: a) carreira profissional; b) ascensão acadêmica; c) casamento sem filhos, d) filhos sem casamento. Qual a alternativa adequada? Ou todas as alternativas são possíveis?

Winnicott, pediatra e psicanalista com vasta experiência na observação da relação mãe-bebê, retrata em sua obra a presença de um sofrimento psíquico aumentado nas mulheres no período gravídico-puerperal. Habitualmente, no seu consultório, as mulheres relatavam mudanças psicológicas e/ou comportamentais neste período que interferiam na vida conjugal e familiar. Este dado trouxe à tona a hipótese de que a maternidade compreendida como processo biopsicossocial favorece a vulnerabilidade emocional. (GRANATO; AIELLO-VAISBERG, 2009).

A experiência da maternidade, sob ponto de vista winnicottiano, exigiria da mulher um dispêndio acentuado de energia, uma vez que concentra a intersecção de múltiplos papéis e a re-atualização de vivências de potencial desordem subjetiva. Dessa forma, toda maternidade agregaria a junção destas vivências que produziram

anteriormente marcas indeléveis a essa mulher e que causam intenso sofrimento psíquico quando trazidas a uma nova cena de gestação, ao “ser mãe”.

“Winnicott (1954/1988b) cuidou de distinguir o retraimento materno do processo de regressão, fenômeno psicopatológico prejudicial ao estabelecimento de uma relação mãe-bebê saudável, ainda que justificado como estratégia clínica em contexto psicanalítico específico. (Winnicott, 1954/1988c). Seguindo a elaboração deste autor, poderíamos atribuir o sofrimento de algumas das pacientes que atendemos a um processo regressivo indesejável que comprometeria a tarefa materna, cujo requisito básico é a saúde mental da mãe. Uma mãe regredida terá dificuldades para cuidar de seu bebê, uma vez que, por força do movimento regressivo, ficará à mercê de necessidades mais primitivas”. (GRANATO; AIELLO-VAISBERG, 2009, p. 395).

Agregar a esta experiência, já habitualmente difícil, as intempéries do mundo hipermoderno coloca a maternidade como uma tarefa de execução cada vez mais complexa?

Winnicott deposita na teoria do amadurecimento pessoal⁴ o aporte necessário para a constituição da maternidade e posteriormente para o desenvolvimento emocional do bebê. A experiência clínica deste autor foi desenvolvida em terreno adverso, ou seja, com crianças separadas da família durante a segunda guerra mundial. (ROCHA, 2006). Este fator oferece credibilidade à sua teoria para aplicação na contemporaneidade, dado conjuntura acima interposta. A avalanche de mudanças e novas exigências do mundo hipermoderno

⁴ A teoria winnicottiana nos remete à compreensão dos estágios mais primitivos do desenvolvimento emocional do homem. O indivíduo se constituiria a partir de uma tendência ao amadurecimento e à integração em uma unidade, mediante um ambiente facilitador. E é justamente o cuidado materno, se suficientemente bom, que garante que essa continuidade de ser não seja perturbada. A teoria do amadurecimento como um percurso inclui estágios: **dependência absoluta, dependência relativa, independência relativa e rumo à independência**. Nos estágios iniciais do desenvolvimento emocional há uma dependência absoluta do indivíduo ao meio ambiente. O bebê estaria a mercê dos cuidados maternos mais primitivos sem os quais não poderia sobreviver. Gradativamente, em resposta ao desenvolvimento do bebê – que já é capaz de compreender sinais do mundo –, a mãe retoma outros interesses resultando no processo de dependência relativa do ambiente físico e emocional deste bebê. Caminha-se para uma independência relativa do ambiente à fase rumo à independência a partir das aquisições adaptativas dessa relação mãe-bebê-ambiente. Sendo que nesta última o psiquismo do bebê já incorpora o mundo com toda sua complexidade e seu ambiente se abrange para a figura do pai, família, escola e outras redes microsociais. Cabe ressaltar que a transição destas fases de amadurecimento que demarcam a relação do indivíduo com o ambiente são mutáveis, tanto no que assegura a qualidade do ambiente facilitador quanto ao que determina suas falhas de adaptação. Segundo Winnicott (1971) a interdependência do indivíduo com o meio e as pessoas que o compõem sempre estará presente: “A maturidade individual implica movimento rumo à independência, mas não existe essa coisa chamada “independência”. Seria nocivo para a saúde o fato de um indivíduo ficar isolado a ponto de se sentir independente e invulnerável. Se a pessoa está viva, sem dúvida, há independência”. (WINNICOTT, 1971, p3.).

supõem a necessidade de uma teoria elástica que contabilize a ressonância da cultura e suas deformidades na produção de novas subjetividades.

A contemporaneidade exige um tempo repartido com milhares de afazeres, múltiplos papéis e novos paradigmas. Como conciliar a maternidade neste cenário, sendo esta, como outrora se discutiu, uma tarefa de grande dispêndio de energia e tempo?

Os conceitos de *holding* e *handling* e a *object-presenting*⁵ da teoria winnicotiana realçam a ênfase na dinâmica familiar do cuidado, especificamente materno, como prerrogativa necessária para o amadurecimento pessoal do indivíduo.

Estas premissas trazem à tona a questão do cuidado e do seu revestimento pelo instável e inconstante cenário da hipermodernidade.

“Cuidar implica sentir-se afetado. Assim, o cuidado envolve afetos e sentimentos, como responsabilidade, compaixão, proteção, expectativa, amor, prevenção, dentre outros. Se pensarmos que o ato de cuidar é uma necessidade básica universal capaz de gerar proteção para a condição física dos mais frágeis – como ato dirigido à sobrevivência, ou dedicação – como cultivo de sentimentos, a forma de cuidar é eminentemente cultural. Nesse sentido, trata-se de uma atividade que envolve uma apreensão e compreensão dirigidas a um ator, cuja inscrição social e estatuto definem não apenas o cuidar, mas quem deve cuidar, sob quais condições e com quais obrigações. A literatura que trata do tema do cuidado é bastante ampla e perpassa inúmeras disciplinas das áreas biomédicas, *psi* e

⁵ Para que o indivíduo alcance as conquistas de amadurecimento se faz necessário manejos específicos do cuidar materno. 1) **Holding**: Trata-se de uma função de “sustentação”, ou seja, a mãe promove uma rotina repetitiva de cuidados que vão sustentar corporal e psiquicamente a criança. Desse modo, o bebê cria pontos de referência simples e estáveis, facilitando sua integração no tempo e no espaço (NASIO, 1995). “A mãe deve estar disponível para sustentar a situação no tempo. Não basta que ela esteja fisicamente disponível: é preciso que ela esteja pessoalmente bem, a ponto de manter uma atitude consistente durante um período de tempo, e ser capaz de sobreviver ao dia e ao conjunto dos dias, semanas e meses” (Winnicott, 1988, p. 176). 2) **Handling**: Trata-se da função de “manipulação” do bebê enquanto ele é cuidado cuja finalidade é harmonizar a vida psíquica com o corpo, e que Winnicott chama de “personalização”. (NASIO, 1995). “Há o movimento que provém da respiração da mãe, o calor de seu hálito e, sem dúvida, o seu cheiro [...] o som das batidas do seu coração [...]. Esta forma básica de comunicação física pode ser ilustrada através do movimento de embalar, na qual a mãe adapta os seus movimentos ao do bebê. Embalar é uma garantia contra a despersonalização ou rompimento da combinação psicossomática”. (WINNICOTT, 1968, p. 88-89). 3) **Object-presenting**: Segundo Winnicott, o início das relações objetais é complexo. Esta somente ocorre na possibilidade do ambiente propiciar a **apresentação de objetos**, como exemplo a função de apresentação do seio ou da mamadeira. O bebê tem a ilusão de ter criado esse objeto para a sua satisfação. Esta “ilusão” que o bebê tem promove uma experiência de onipotência. O objeto ora imaginado / desejado adquire existência real. A disposição materna que antecipa esses objetos protege o bebê das fontes de angústia intoleráveis. Vejamos: “O bebê desenvolve uma expectativa vaga que se origina em uma necessidade não formulada. A mãe, em se adaptando, apresenta um objeto ou uma manipulação que satisfaz as necessidades do bebê, de modo que o bebê começa a necessitar exatamente o que a mãe apresenta. Deste modo, o bebê começa a se sentir confiante em ser capaz de criar objetos e criar o mundo real. A mãe proporciona ao bebê um breve período em que a onipotência é um fato da experiência”. (WINNICOTT, 1965, p. 56).

humanas e sociais aplicadas. Nessas produções, o cuidado é ora ciência, ora arte, ora ideal". (CARVALHO et. al, 2012, p. 70).

A coleção Família Contemporânea publicada em 2012 contorna essa problemática. Trata-se de uma coleção de artigos que discutem a *Dinâmica Familiar do Cuidado*, especificamente de famílias soteropolitanas, traçando o cotidiano da participação dos pais no cuidado de filhos pequenos. Esta coletânea apresenta uma reflexão importante acerca da contemporaneidade na produção de mudanças e reordenamento da família para corresponder às demandas sociais vigentes.

A despeito das transformações sociais que levaram as mulheres ao mercado de trabalho, especificamente a partir do século XX, a atribuição do cuidado não sofreu mudanças profundas. As mulheres ainda estariam à frente do trabalho doméstico e da criação dos filhos (MOREIRA et. al, 2012).

A atribuição de responsabilidades ainda se projeta no tempo e no espaço como prerrogativa de gênero. A inserção da mulher nos modos de produção desde as duas grandes guerras mundiais não a desonerou do trabalho doméstico e materno. Demarca-se, nessa fronteira, as desigualdades de gênero quando se trata do cuidado dos filhos. As profundas mudanças que ocorrem na família não foram eficientes neste propósito, permanecem as "antigas assimetrias de responsabilidades familiares" (CASTRO et. al, 2012, p. 14).

Observa-se que na contemporaneidade as funções de cuidado e socialização das crianças vêm sendo compartilhadas com outros agentes sociais, a saber, escola, berçários, creches, avós, tios e outros parentes, bem como, não-parentes como babás e vizinhos, entre outros personagens. A presença destes agentes está condicionada a questões sócio-econômicas. Contudo, esta presença é regulada como secundária ou terciária. (MOREIRA et. al., 2012; CALDEIRA, BARBOSA, CAVALCANTI, 2012; CASTRO et al., 2012; CARVALHO et. al, 2012).

A avalanche da hipermodernidade tem levado a mudanças na estrutura, organização e padrões familiares, bem como, introduzido alterações nos papéis de seus membros. Diante desta realidade, os casais contemporâneos tentam a construção de novos parâmetros de comportamento frente às exigências do seu tempo. Já se observa uma reestruturação na dinâmica do compartilhamento do

cuidado infantil com a participação do homem, especialmente nos grandes centros. (MOREIRA et. al, 2012).

Contudo, Jablonski (2010) ressalta que apesar desta tendência, o cuidado dos filhos ainda é uma tarefa desigual. Acrescenta:

“Quanto à divisão das tarefas domésticas, embora se note que os homens relatem uma participação efetiva, na verdade, cotejando as informações prestadas por homens e mulheres, verifica-se que aqueles têm uma função coadjuvante, colaborativa e periférica: sua participação é definida pelas mulheres quase sempre como uma ‘ajuda’. (apud. MOREIRA et. al, 2012, p. 155).

Os resultados destes arranjos na contemporaneidade podem ser observados neste trecho:

“As novas famílias produzem sintomas, sim, porém, relacionados à dívida enorme que possuem em relação a um modelo de família supostamente ideal e perfeito: a família da modernidade perdida (na realidade nunca encontrada, pois nunca existiu). E a sobrecarga dessa dívida impede que os adultos atuais, homens e mulheres, pais e mães, se autorizem e se encarreguem de acolher, criar e educar as crianças que lhes cabem, que são de sua responsabilidade, seja qual for a maneira pela qual foram atribuídas e eles, seja qual for a sua origem. A cultura atual nos obriga a uma dupla injunção impossível: proíbe-nos de ser e agir ‘como nossos pais’ e nos diz, contraditoriamente, que o ideal era sê-lo” (AMAZONAS, BRAGA, 2006. apud. CALDEIRA, BARBOSA E CAVALCANTI, 2012, p. 116).

Menezes (2012) corrobora esta idéia quando alerta, à guisa de ilustração, e traz para a discussão o status qualitativo do cuidar, o modo como homens e mulheres dividem os cuidados concretos e cotidiano de seus filhos, pela regulação do afeto. Descreve a relação mãe-bebê, nos seus primórdios e na sustentação do vínculo que se constrói no suprimento das necessidades básicas desse bebê e que através delas algo da ordem do desejo se instaura, fator este que servirá de provimento para a organização psíquica da criança. Aponta para a divisão da mulher, sua ambivalência frente ao desejo de ser mãe e o ser mulher, a participação do pai nos cuidados estabelecidos por uma tríade pai-mãe-bebê. Recoloca no campo teórico de que modo as tensões produzidas no cuidado – especialmente as carências básicas como a fome e o sono - e, no convívio familiar são apreendidas por esse bebê e podem interferir na organização da sua personalidade.

Recortando o ato da alimentação para suprir a necessidade vital, a fome, o autor utiliza a regulação do prazer/desprazer, satisfação/insatisfação, âmagos da teoria freudiana, para salientar que,

“o curso natural de satisfação de um instinto como a fome sofre uma variação, e funciona como suporte de um movimento que se torna independente da função biológica na qual se apoia. Ou ainda: o prazer, inicialmente alavancado na pulsão de autoconservação, perturba a função biológica e dela se torna independente para logo depois a subsumir”. (MENEZES, 2012, p. 334).

Menezes (2012) fornece a estrutura de pensamento que assegura que o cuidar se revela como primordial para a sobrevivência do humano, em seus momentos iniciais de vida. Ao reconstituir a rede teórica que modula a organização subjetiva do sujeito a partir do *colo*, sustentadas forçosamente sob o estatuto de suprir as necessidades vitais, não deixa escapar o entendimento de que junto com o cuidado físico, contornam-se as demandas de amor deste bebê. Para além da necessidade biológica, o bebê só assim pode ser chamado se incluído sob a manta do desejo, da demanda que encobre o desamparo estrutural.

Em Winnicott um ambiente de sustentação, confiável e continente às angústias maternas, colabora acentuadamente para o desenvolvimento da relação desta díade mãe-bebê, e, desse modo, para a realização de uma maternidade segura.

“Enquanto a psiquiatria da época semeava o campo das causas endógenas, dispensando o exame das condições dramáticas do viver, Winnicott chamava atenção dos psicanalistas para o papel do ambiente nos estágios precoces do desenvolvimento. A partir de sua experiência [...] pôde observar cuidadosamente a relação mãe-bebê, identificando nela características que se assemelhavam ao setting freudiano em seus elementos de estabilidade e confiabilidade”. (GRANATO; AIELLO-VAISBERG, 2009: 396).

Winnicott empresta sua experiência clínica e oferece um direcionamento eficaz para modular o potencial desagregador da maternidade na atualidade. Um ambiente favorável ao bom desenvolvimento da maternidade estaria ameaçado pelas contingências sociais da contemporaneidade? Observa-se que o cuidado ainda é restrito ao universo feminino, quase em sua totalidade, mas a ampliação da rede de apoio social se diversificou com a presença de novos agentes, fator este que forneceria o ambiente facilitador desejado? Por conseguinte, outras discussões sobre este assunto serão contempladas.

2.2 A MATERNIDADE E A MULHER NA LINHA DO TEMPO

*Três meninos e duas meninas,
Sendo uma ainda de colo.
A cozinheira preta, a copeira mulata,
O papagaio, o gato, o cachorro,
As galinhas gordas no palmo de horta
E a mulher que trata de tudo.*

Carlos Drummond de Andrade.

A análise das características do papel materno sofreu forte participação do discurso da medicina e da psicologia na atualidade. Afirmativa esta que se alia à perspectiva deste estudo que pretende a correlação de fatores sociais, psicológicos e biomédicos na construção da maternidade nos tempos hipermodernos. (MOURA; ARAÚJO, 2004).

Badinter (1985) denuncia que nem sempre na história da humanidade, a maternagem ocupou lugar de relevância social e tampouco era exclusiva à mulher. Especificamente na Idade Média e na Antiguidade, identificou a desvalorização da maternagem e seu engolfamento pela autoridade marital. O homem era considerado superior à mulher e à criança. O casamento era realizado por contrato e as relações de afeto não eram aqui consideradas relevantes para a formação da família.

Ariès (2006) analisa que o desinteresse materno à criança neste período estava também alicerçado ao elevado índice de mortalidade infantil. Badinter (1985) propõe que invertamos esse pensamento denunciando que a probabilidade de não-sobrevivência poderia estar justamente atrelada à não-valorização do vínculo afetivo materno.

Freud (1914) nos apresenta a idéia de que um bebê sozinho não existe. O bebê humano se não amparado por um outro que cuide estaria destinado à morte. Ao nascer, todo bebê humano encontrar-se-ia em um estado de desamparo primordial, que o lançaria em um longo período de dependência. Nascemos desaparelhados para sobreviver sem a presença de um outro: alguém que interprete nosso choro de fome, frio, dor e outras necessidades básicas. Esse estado 'menos acabado' define nossa prematuridade biológica e psíquica e cria a necessidade de

ser amado que acompanhará a criança durante toda sua vida. Esse dado nos aponta a relevância dos cuidados iniciais para a sobrevivência e desenvolvimento da criança e é em referencia a este outro que cuida (mãe, pai, ambiente, família, cultura) que ela começa a traçar um pequeno esboço do que ela será. A constituição da nossa subjetividade se estrutura na forma como esses cuidados são dispensados, na qualidade do afeto, na intensidade da presença e na capacidade de fazer vínculo e investir na criança.

Winnicott também aposta na função do ambiente como primordial para o bom desenvolvimento da criança. Para este autor, o ambiente não corresponde a idéia de lugar, espaço concreto definido, e sim campo de relação.

“O ambiente constitui o esteio indispensável em que o ser humano se apóia para construir as bases de sua personalidade. A partir dessa perspectiva desenvolvimentista, o ambiente continua a exercer influência na criança que cresce, no adolescente e até no adulto. Se essa influência descreve uma curva decrescente, ela nunca para por completo. Assistimos ao estabelecimento progressivo de uma interdependência entre o indivíduo e o ambiente” (NASIO, 1995, p. 195).

O ambiente inicial estaria representado pela mãe ou figura substituta, com influência decisiva na determinação do psiquismo precoce. Em seus trabalhos, observa-se largamente a ênfase dada aos conceitos como ‘ambiente continente’⁶, ‘Mãe devotadamente comum’⁷, ‘preocupação materna primária’⁸ que sustentam a

⁶ “Aquele que oferece acolhimento à confusão, à desorganização e ao sofrimento, inerentes ao processo de crescimento, e à significação das experiências patológicas e saudáveis” (FU-L, BOARATI, MAIA e Cols, 2011, p. 362). De acordo com a teoria winnicottiana, uma *mãe-ambiente-continente* permitirá que o *self* da criança se constitua de forma suficientemente coesa. (NASIO, 1995).

⁷ “Mãe devotadamente comum ou Mãe suficientemente boa são expressões utilizadas por Winnicott para designar o *modus operandi* materno no cuidado ao bebê. Não necessariamente a própria mãe do bebê, é aquela que efetua uma adaptação ativa às necessidades deste, uma adaptação que diminui gradativamente, segundo a crescente capacidade deste em aquilatar o fracasso da adaptação e em tolerar os resultados da frustração. Naturalmente, a própria mãe do bebê tem mais probabilidade de ser suficientemente boa do que alguma outra pessoa, já que essa adaptação ativa exige uma preocupação fácil e sem ressentimentos com determinado bebê”. (WINNICOTT, 1953 [1951], p.25)

⁸ Compreende um estado psicológico de verdadeira fusão da mãe com o seu bebê, nomeado também de “loucura materna” dado semelhança com estados patológicos. Entretanto o autor ressalta que somente uma mãe saudável pode entrar nesse estado e depois recuperar-se dele. Trata-se, portanto de um período normal e necessário no qual a mãe seria capaz de se adaptar e se antecipar às demandas iniciais do seu bebê e se identificar com ele. (ROCHA, 2006). “Quando a mãe se coloca no lugar de seu bebê ela é capaz de transformar as necessidades do bebê em comunicação. Mas, ao mesmo tempo em que está identificada, mantém um senso próprio de subjetividade, distinta como indivíduo separado, para permitir-se servir de intérprete da experiência do bebê” (GOMES, 2000, apud. ROCHA, 2006, p.27).

necessidade do vínculo mãe-bebê para promoção da saúde mental desta díade. (1983, 1988a, 1988b, 1993a, 1993b).

Temos em Freud, Winnicott e Badinter o ponto de partida da proposição de que a maternidade se traduz num fenômeno multifacetado que não se ancora tão somente nas regulações do tempo sócio-histórico ou na conjuntura do seu aspecto natural, instintivo, mas que faz *link* com a subjetividade, os afetos, os laços e vínculos humanos.

Por outro lado, essas premissas teóricas re-afirmam a condição de idealização do papel materno quando coloca a mulher e sua função como necessárias ao bom desenvolvimento do indivíduo. O discurso psicológico privilegia a mulher como eixo central do cuidado dos bebês e como responsável primordial pelo asseguramento da saúde psíquica e desenvolvimento da criança. A mulher seria herdeira legítima deste trono. Apesar da ressalva teórica de que não se trata de uma mãe encarnada, mas de uma função, o papel do pai é sempre secundário. (CHODOROW, 1990; MOURA; ARAÚJO, 2004; IACONELLI, 2012).

Ariès (2006) apresenta que as transformações relativas à infância surgem já no século XVII, mas somente no final do século XVIII se torna mais evidente a passagem da autoridade paterna para o amor materno. Muda-se o foco ideológico, ancorado pela ascensão da burguesia e da nova ordem econômica. Muda-se, desse modo, a atitude da mulher com seus filhos.

“Em primeiro lugar, eu chamaria a atenção para um fenômeno muito importante e que começa a ser mais conhecido: a persistência até o fim do século XVII do infanticídio tolerado. Não se tratava de uma prática aceita, como a exposição em Roma. O infanticídio era um crime severamente punido. No entanto, era praticado em segredo, correntemente, talvez, camuflado, sob a forma de um acidente: as crianças morriam asfixiadas naturalmente na cama dos pais, onde dormiam. Não se fazia nada para conservá-las ou para salvá-las”. (ARIÈS, 2006, p. 15).

Badinter (1985), em referência à origem do amor materno, alerta que “embora muitos cientistas saibam perfeitamente que o conceito de instinto está caduco, alguma coisa em nós, mais forte do que a razão continua a pensar na maternidade em termos de instinto” (p.11). Esta concepção sobre a inclinação natural da mulher para a maternidade ainda está presente na contemporaneidade.

Winnicott (1988) ao se referir à preocupação materna primária como uma predisposição da mulher para decifrar e/ou mesmo se antecipar às necessidades e demandas do seu bebê não a coloca como uma capacidade instintual, mas como uma condição transmitida entre as gerações e nos modos de maternagem e filiação daquela família e que pode ser facilmente resgatada na experiência da maternidade. Afinal de contas, toda mãe já foi ela mesma um bebê, ou melhor, foi filha.

Encontra-se consonância nesta vertente nos trabalhos de outros especialistas no assunto. Maldonado (2002) apontará que as gestantes, essencialmente as primíparas viveriam uma transição de filha para mãe que coloca em xeque os conflitos inerentes desta relação, nem sempre fácil, imersa em impasses, ambivalências e afetos intensos. A revivência destes papéis produziria uma sensibilidade a desordens psíquicas.

A premissa lacaniana sobre a 'função materna' e 'função paterna' como necessárias à constituição psíquica do sujeito também colaboram com a tese de que as funções desempenhadas não são naturais. Estas funções não se estabelecem por gênero e podem ser desenvolvidas por instâncias que não necessariamente correspondem às figuras encarnadas: pai / mãe. Trata-se, sobretudo, de uma operação essencialmente simbólica. A função materna é correlata da capacidade materna em transmitir e traduzir os sinais do mundo externo, inserindo-o na linguagem, num processo indiferenciado entre mãe e bebê. A função paterna destaca um corte nesta unidade fusional (mãe-bebê) que permite a introjeção da lei, do interdito. (LACAN, 1964).

A título de ilustração, têm-se acima teóricos cujas obras estão apoiadas em diferentes vertentes e concepções de sujeito, mas que encontram consonância na premissa básica de que a maternidade não se conforma ao instinto.

Sendo assim, alerta-se que toda atribuição naturalista da maternidade excluiria as diferentes respostas maternas diante do seu bebê: da rejeição ao cuidado extremado. A experiência biológica da mulher sobre a reprodução – gestar, parir e amamentar -, não garantiria a execução eficiente e amorosa do papel maternal visto sabermos da existência dos abandonos maternos, negligências de cuidados, infanticídios. E, ao contrário, temos as adoções onde a mulher não passaria pela vivência orgânica da maternidade e isso não anularia sua capacidade em cuidar do

seu suposto bebê. “A reprodução se dá no corpo, e, no entanto a relação maternal não se instala necessariamente a partir daí” (IACONELLI, 2012, p.15).

Stein (1988) refere que a questão do desejo das mulheres por serem mães e, especialmente, a ausência deste desejo sempre suscitaram embaraços, dado percepção da reprodução e da maternidade como um contínuo. À mulher, significaria signo de boa saúde a continuidade do desejo de gerar um bebê e o desejo de ser mãe. Qualquer sinal de interrupção deste ciclo - como a rejeição e o abandono - não se sabe o que dizer, fazer ou pensar. É inconcebível que o criador renegue a criatura: como pode uma mãe não desejar seu filho? A clínica nos apresenta esta realidade com relativa frequência: mulheres ambivalentes com a condição da maternidade. (IACONELLI, 2012).

O debate aqui estabelecido realça o não-conformismo à qualquer atribuição naturalista da maternidade, cujos rótulos de normatização a classificam numa universalidade a-histórica. A transgeracionalidade influenciará na maneira como esse casal será pai e mãe deste filho. Não existe, desta forma, instinto materno. Existe um aparato biológico predisposto à reprodução. Todo o resto é atravessado pela cultura e pela subjetividade. Observa-se que a literatura marca com forte traço a plasticidade na construção da maternidade.

Ao longo da história, os papéis de mãe e de mulher foram conjugados no mesmo tempo verbal, como se fossem indissociados, dado construção ideológica sobre a pretensa natureza feminina. (IACONELLI, 2012).

Culturalmente, ser mulher equivale a procriar? (BADINTER, 1985; MEIRA, 2010 IACONELLI, 2012). A fertilidade estaria no escopo da possibilidade de se ter um lugar no grupo social. O papel materno ganha destaque entre os demais que, apesar de reconhecidamente importantes, são vistos como secundários. Os ritos de passagem da infância para a vida adulta – a menarca, por exemplo – traduzem um bom exemplo do grau de relevância social da fertilidade e da ênfase do lugar indiferenciado da mulher / mãe.

“A capacidade e o controle sobre o corpo das mulheres sempre foi a maneira pela qual a reprodução pôde ser manipulada, tendo sido a fertilidade feminina, nos primórdios, condição de pertencimento das mulheres ao grupo social. A fertilidade da mulher foi sendo valorizada ou preterida ao longo da história, mas acima de tudo vigiada e administrada”. (IACONELLI, 2012, p. 28).

Os sentidos e valores atribuídos à maternidade sempre estiveram conectados ao tempo histórico (ARIÈS, 2006; IACONELLI, 2012). A crença sobre o que é ser uma boa mãe está alicerçada nas transformações sociais e culturais do lugar onde se vive. Se anteriormente as boas mães da família do século XVII costumavam dar seus filhos para serem alimentados pelas amas mercenárias (mulheres que comercializavam seu leite) depois delegavam os cuidados para as governantas e preceptores e posteriormente seus filhos eram mandados para colégios internos, distantes do convívio da família. (ARIÈS, 2006; BADINTER, 1985). Hoje, as boas mães são aquelas que amamentam seus filhos – sua majestade, o bebê⁹ - e participam ativamente do cotidiano das suas crianças, com apelo jurídico à causa, cujo direito assegura esta presença através da licença-maternidade. Todas essas mudanças obedeceram a necessidades sociais e políticas.

“Não se ignora, historicamente, a presença de amor entre pais e filhos, mas ele aparece contingencialmente. A entrega sistemática de filhos recém-nascidos para as amas, por vezes, poucas horas após o parto, chegando o bebê a perder sua própria celebração de nascimento, era prática mais comum”. (BADINTER, 1985, apud. IACONELLI, 2012, p. 40).

“Após 1760, abundam as publicações que recomendam as mães cuidar pessoalmente dos filhos e lhes “ordenam” amamentá-los. Elas impõem, à mulher, a obrigação de ser mãe antes de tudo e engendram o mito que continuará bem vivo duzentos anos mais tarde: o do instinto materno, ou do amor espontâneo de toda mãe pelo filho” (BADINTER, 1985, p.145).

Badinter (1985) alerta que a ênfase no amor materno tornou-se uma espécie de doutrinação política na modernidade para se aplacar o contingente de crianças abandonadas e para frear as altas taxas de mortalidade infantil. Era necessário que as mães cuidassem dos seus bebês devotadamente.

Na modernidade, surge ainda o discurso médico higienista para criar ferramentas de apoio à sobrevivência das crianças, cujos destinos anteriormente não eram socialmente importantes. Com isso, o papel materno se equivale ao status de missão salvadora, de proteção de sua prole. Com ajuda da igreja, a maternidade

⁹ Sua Majestade, o Bebê - Expressão usada por Freud para assinalar o estatuto simbólico do bebê para os pais: “A doença, a morte, a renúncia ao prazer, restrições à sua própria vontade não a atingirão; as leis da sociedade serão ab-rogadas em seu favor; ela será mais uma vez realmente o centro e o âmago da criação – sua majestade o bebê – como outrora nós mesmos nos imaginávamos... O amor dos pais, tão comovedor e tão infantil nada mais é senão o narcisismo dos pais renascido...” (FREUD, 1914, p. 90-91).

passa a incorporar elementos de santidade, envolta num sermão de amor natural entre pais e filhos. (IACONELLI, 2012).

Colaboram ainda para este construto as mudanças na relação conjugal. Formaliza-se um espaço para o casamento por amor, resultado da aliança com os novos ideais libertários. Para a família interessa a felicidade conjugal e ainda que se mantivessem as diferenças entre os sexos, mudanças profundas se processaram nas relações marido-esposa e pais-filhos. (MOURA; ARAÚJO, 2004).

O século XIX apresenta a imagem da mulher intrinsecamente ligada ao papel materno. Essa nova imagem confere legitimação social da mulher, reservada ao espaço doméstico, privado. Afastar-se desse ideal socialmente construído indicava uma anomalia, um desvio. (MOURA; ARAÚJO, 2004).

Moura e Araújo (2004) corroboram a influência do discurso médico higienista que surge nesse período reforçando o ideal materno. Dissemina a maternagem como condição natural da mulher. Esta é provida por natureza, por instinto da capacidade de gestar, parir e amamentar. A mulher-mãe deveria sacrificar-se em prol dos filhos, dedicando-se plenamente às tarefas desenvolvimentais, de nutrição e educação da sua prole. Eleva-se à máxima potência o mito do amor materno.

Salem (1985) e Almeida (1987) ainda enfatizam a importância dos médicos especialistas, psicólogos e outros técnicos envolvidos no suporte ao casal grávido. Se antes a família extensa exercia a função de anteparo, hoje os especialistas garantem esse suporte, cada vez mais primordial e indispensável.

Winnicott (1896-1971) aponta para as repercussões desta intervenção cada vez mais frequente dos especialistas definindo os modos de cuidado tecnificados sobre o bebê. Alerta para a ressonância desta intrusão para a relação desta díade. Somente por uma exceção, a exemplo, por adoecimento, este bebê deveria ser cuidado pelo especialista. As fontes de conselho podem desautorizar a mãe na sua potencialidade de cuidados, na sua auto-confiança. Este abalo poderá interferir no desenvolvimento emocional da criança. Hoje, a maternidade experienciada no hospital, esta interferência é cada vez mais presente. A medicina tem regulado as normas e práticas de cuidado de um bebê, excluindo a subjetividade e as particularidades de cada mulher e cada díade. (WINNICOTT, 1994)

Loparic (2005) reforça essa tese ao introduzir a idéia de que o novo modelo proposto por Winnicott é “*o bebê no colo da mãe*” (p57). Esta ênfase demarca que a relação mãe-bebê prescinde à pessoa do especialista. E coloca a importância da necessidade desta relação para o processo de amadurecimento pessoal da criança.

Ao especialista não cabe assumir a responsabilidade da função materna:

“É ela (a mãe) que está em condições de preservar todos os pequenos detalhes de sua técnica pessoal, fornecendo assim ao bebê um ambiente emocional simplificado (que inclui os cuidados físicos) [...] Não é fácil para as mães expressarem seus sentimentos sobre as experiências que tiveram na maternidade, apesar de serem sentimentos muito fortes e nem sempre agradáveis [...] elas tem muita coisa a dizer sobre os obstáculos que atrapalham a mãe de entender-se com o seu bebê à sua própria maneira”. (WINNICOTT, 1988, pp. 132-133).

Winnicott numa tentativa de estabelecer um contraponto sobre o “aprender” e o “fazer”, nos oferece um texto claro cuja ênfase no especialista pode perturbar a relação que se estabelece entre a mãe e o seu bebê.

“A tarefa mais difícil, quando se prepara uma série de palestras e livros sobre assistência aos bebês, é saber como evitar perturbar aquilo que se desenvolve naturalmente nas mães, ao mesmo tempo em que as informamos com exatidão sobre os conhecimentos úteis resultantes da pesquisa científica”. (WINNICOTT, 1994, p.14).

‘A Mãe devotadamente comum’, ‘Mãe suficientemente boa’ são expressões usadas por Winnicott para demonstrar que as mães não precisam buscar padrões pré-estabelecidos na família e na cultura para criar filhos psicologicamente saudáveis. Sustenta a idéia de que cada mãe e cada bebê possam encontrar soluções adaptadas para o bom desenvolvimento desta díade. (ROCHA, 2006).

Estamos, a partir desta premissa winnicottiana, advertidos sobre o cuidado que o especialista deve ter ao informar a mãe aspectos necessários ao cuidado do bebê. De modo que tais cuidados permitam que essa mãe se autorize como fonte de saber eficiente e suficiente para garantir a legitimidade do seu ofício – o bom desenvolvimento do seu bebê. A ênfase de esta mãe ser naturalmente capaz de desenvolver esta habilidade não se refere a uma disposição biológica, inata, “na verdade, o êxito no cuidado infantil depende da devoção, e não do instinto ou do conhecimento intelectual” (WINNICOTT, 1953 [1951], p. 25). Cabe lembrar, ainda, que o conceito de ambiente reforça a tese da devoção materna, de que tal papel desenvolve-se por aprendizagem pessoal, familiar e cultural: toda mãe já foi ela

própria um bebê, já foi alvo intencionado ou não de cuidados maternos que permitiram ou não o desenvolvimento de uma identidade e personalidade coesa. O resultado destas vivências serviria de base para a construção de um modo de maternagem particular, passível de mudanças – o que serve para uma geração pode ser descartado pela seguinte e assim por diante. Estes marcos identificatórios podem ser conscientes ou não. Se é uma aprendizagem, trata-se de um papel / lugar a ser construído na interação e relação com o seu bebê. E cada bebê faz exigências e demandas diferentes, que levam os pais a reconstruírem esse lugar dinamicamente.

Sobre estas afirmações, Iaconelli (2012) ressalta que a medicina enquanto discurso e alvo de avanços biotecnológicos, na contemporaneidade, assume lugar de primazia na relação médico-paciente, interferindo sensivelmente na relação mãe-bebê. Hoje, o cuidado do bebê está *quase* à mercê do discurso médico. Ensina-se à mãe a dar banho no bebê, a amamentar e o intervalo das mamadas, a cuidar do coto umbilical, como reprimir comportamentos hostis e assim segue uma lista numerosa em itens delegados ao especialista. (IACONELLI, 2012; CLAVREUL, 1978).

A modernidade deixa um legado social sobre a maternidade, bem explicitado por Iaconelli (2012), vejamos:

“Saímos da obrigação, da imposição e do desejo de pertencimento social, querendo-se ou não ser mãe, para o registro do desejo inerente a toda mulher, associado ao seu caráter benigno. A mulher não é impelida a gerar, ela assim o deseja. Ser mãe lhe é tão natural que não sê-lo seria uma ofensa à natureza feminina. E, por desejar, ela zela por sua cria. Fora disso teríamos o desvio moral, a patologia.” (p. 42).

Na contemporaneidade, as mudanças da maternidade e da paternidade foram retratadas pelo estudo de Salem (1985), cuja proposta era entender a trajetória do casal grávido após o nascimento do primeiro filho. Os resultados deste estudo produziram ressonâncias importantes sobre o papel da mulher/mãe a partir do século XX.

Valoriza-se a participação e investimento emocional do casal desde a gravidez como também sugere um diálogo do casal com a geração anterior, em busca de referências ou contra-referências sobre a maternidade/paternidade. Observa-se atenção aos valores como afeto, subjetividade e relacionamento livre e igualitário entre pais e filhos. (ALMEIDA, 1987; SALEM, 1985).

Se anteriormente o papel feminino estava circunscrito à esfera doméstica e à maternidade, o século XX traz num processo mais amplo modificações socioculturais que apontam para novos horizontes no universo feminino. Longe de desaparecer a vinculação com a responsabilidade da procriação, mas esta se apresenta menos estável e, novas possibilidades, novas escolhas e novos destinos se apresentam para a vida da mulher moderna. (SALEM, 1985; KEHL, 1998).

Moura e Araújo (2004) definem bem esse período quando escrevem que “o papel feminino deveria conter a maternidade, sem deixar-se englobar por ela” (p.51). O novo modelo de maternidade vigente mantém-se afetivamente investido, mas divide-se com outros espaços conquistados pela mulher.

Estudos com casais de diferentes gerações (décadas de 50 e 80) colaboraram para a percepção da construção de experiências sobre a maternidade. Marcadamente, observou-se num contexto de mudanças sociais e culturais aceleradas, um novo modelo de maternidade. (ALMEIDA, 1987).

Almeida (1987) aponta para a nuclearização da família teleguiada pela lógica capitalista e individualista da pós-modernidade. A maternidade passa a ser uma decisão do casal e mais especificamente, uma experiência da mulher. Chama a atenção que os papéis sociais: mulher/homem, adulto/criança, pai/mãe, se remodelaram em novos formatos e arranjos, e progressivamente distante das diferenças sexuais e da verticalização hierárquica.

Assistimos no século XX uma mudança importante no paradigma da procriação. A maternidade, antes destino das mulheres, passa à condição de escolha. Poderíamos arriscar chamar isso de liberdade? Autonomia feminina sobre os seus corpos? Ou poderíamos traçar uma discussão ampla sobre os fenômenos sociais que regulam essas transformações? Haveria nessa mudança um novo padrão disciplinador sutil?

A maternidade na contemporaneidade vem acompanhada de processos ambíguos, complexos que não podem ser analisados à luz de um exclusivo campo de saber. A ênfase no especialista cada vez mais imponente no discurso médico atual inclui um arsenal de profissionais da gravidez, sendo eles, obstetras, psicólogos, nutricionistas, dentre outros, com seus ditames científicos que colaboram na construção desse novo paradigma da maternidade.

Os avanços na área de reprodução assistida também prometem a viabilidade da gravidez para idades antes impensadas ou para situações previamente ditas inférteis, o que produz no imaginário social feminino a possibilidade de poder decidir qual o melhor momento para a gestação. O grande investimento na área de neonatologia e suas Unidades de Terapia Intensiva permitem o nascimento e a sobrevivência dos bebês que nascem sob a égide da idade biologicamente definida como tardia, ou que nascem em resposta a essa nova organização familiar e esse novo sentimento de maternidade.

Sem mencionar o afluxo de conquistas do universo feminino na esfera pública da sociedade. Múltiplos papéis, múltiplas possibilidades. Pode-se decidir por casar e ter filhos, recasar e ter novos filhos, adotar, ter filhos sem um companheiro, dentre outras possibilidades. Como incluir o projeto parental nesse arranjo social? Sabidamente, não sem repercussão de profunda mudança subjetiva.

2.3 MATERNIDADE E CARREIRA PROFISSIONAL: UM DIÁLOGO POSSÍVEL?

“Digo-lhes que ‘esclarecida’ é a mulher que se instrui,
que procura acompanhar o ritmo da vida atual,
sendo útil dentro do seu campo de ação,
fazendo-se respeitar pelo seu valor próprio,
que é companheira do homem e não sua escrava,
que é mãe e educadora e não boneca mimada
a criar outros bonequinhos mimados.”

(Clarice Lispector, 1996, Correio Feminino)

Analisando o projeto parental sob uma perspectiva histórica, vê-se que o desejo de ter filhos, a procriação e a noção de família sofreram mudanças significativas ao longo do tempo, revelando que a realização da parentalidade não dependia exclusivamente da capacidade reprodutiva de homens e mulheres, e sim sempre esteve articulada com os discursos ideológicos dominantes e com as necessidades e desejos sociais que, de modo geral, sobrepujam-se aos individuais.

A parentalidade, de acordo com Combes e Devreux (1991), se refere ao estudo do “posicionamento dos atores sociais dos dois sexos no processo de constituição do laço parental e não mais de partir de uma especificação a priori

deste laço segundo o sexo” (SCAVONE, 2001, p.53). Trata-se, portanto, de uma análise que tem como referência primeira a relação de homens e mulheres com suas crianças, não considerando a priori as noções de maternidade e paternidade. Os estudos realizados por Devreux, (1991) e Cournoyer (1994) com este propósito observaram um tipo de parentalidade cujo papel da mulher sustentava mais comprometimento com o cuidado dos filhos quando comparados aos homens, assumindo grande parte das responsabilidades parentais. (SCAVONE, 2001).

Estas pesquisas também observaram mudanças nas relações dos homens no cuidado dos filhos, com a apropriação de novas responsabilidades, o que demarca as transformações ocorridas no seio da família, nas relações parentais e na experiência da maternidade / paternidade na nossa contemporaneidade. (SCAVONE, 2001). O modelo de família tradicional da classe média¹⁰ estava sustentado sob pilares bem delimitados, os papéis desempenhados pelo homem, pela mulher e pela criança estavam hierarquicamente interpostos. O homem estava para o provimento das necessidades econômicas da família, enquanto à mulher estava destinado os cuidados e afazeres domésticos, bem como, o cuidado dos filhos. Esta realidade, na contemporaneidade, está cada vez mais em desuso. Os espaços públicos e privados foram estreitados e os papéis femininos e masculinos permearam outros campos. Estas mudanças decorrem das transformações da economia, da globalização, da hipermodernização da sociedade.

“Nas últimas décadas, o padrão tradicional de família da nossa sociedade – marido, mulher e filhos – vem sendo confrontado com inúmeras exceções, como casais de idosos cujos filhos já se casaram e que vivem sós ou agregam-se a outras famílias, repúblicas estudantis formadas por jovens migrantes, famílias matrifocais, compostas pela mãe e seus filhos em decorrência de vários fatores – viuvez, homens que se deslocam em busca de trabalho, deixando mulheres como chefes de família, divórcios e maternidade antes do casamento. Essas exceções, a cada dia mais numerosas, evidenciam a impossibilidade de organização da existência dentro de um único padrão de comportamento”. (MACÊDO, 2001 apud. SOARES E CARVALHO, 2003, p. 40).

¹⁰ Scavone (2001) em seus estudos sobre maternidade, gênero e família, sustenta que a experiência da maternidade nas sociedades ocidentais é demarcada por desigualdades sociais, de raça, etnia e questões de gênero. Tais peculiaridades acentuam diferenças no modo como a maternidade é vivenciada. A experiência do ser mãe atinge diferentemente essas mulheres. As diferenças socioeconômicas produzem idiosincrasias na dinâmica e funcionamento familiar.

A família e o casamento, na linha do tempo, interferiram nos modos de organização da vida humana, com alternância de papéis e flexibilidade nos padrões vigentes, no escopo ou na base da sociedade. Atualmente, assiste-se uma nova reconfiguração cujo alicerce se molda à individualização do sujeito, tendência da nossa contemporaneidade. (DURHAM, 1983; MACÊDO, 2001; SOARES E CARVALHO, 2003).

O papel feminino são construtos sociais consolidados na história que constituem normas de comportamento que definem o que é ser mulher na escala do tempo. (BELTRAME, DONELLI, TAGMA, 2012; SOARES E CARVALHO, 2003; FLECK E WAGNER, 2003; MACÊDO, 2001). Contudo, diversamente, somos apresentados a um conjunto de qualidades e características do “ser mulher” que configuram estados quase naturais, pertencentes a toda classe feminina e seus estereótipos. A concepção acerca da maternidade sofre ressonância deste EMBUSTE.

Simone de Beauvoir (1980), em sua obra o segundo sexo, alerta sobre a condição feminina:

“Ninguém nasce mulher: torna-se mulher. Nenhum destino biológico, psíquico, econômico define a forma que a fêmea humana assume no seio da sociedade; é o conjunto da civilização que elabora esse produto intermediário entre o macho e o castrado que qualificam de feminino”. (p.9)

Em consonância com Beauvoir, Franchetto e cols (1981) numa análise antropológica da mulher, defendem sua natureza social e por isso não universal e perecível ao tempo histórico. Acentuam:

“A mulher é uma construção social. A realização plena de todas as consequências dessa afirmação, que, entretanto não é alcançada, implica a nosso ver não só o reconhecimento da possibilidade de transformação, como a percepção de que não existe Mulher, e sim mulheres”. (p.33).

Soares e Carvalho (2003) realizaram um estudo, no estado de Minas Gerais, sobre os papéis femininos desempenhados por mulheres, cujo padrão de família foge às premissas do tradicional. Ou seja, trata-se de um trabalho sobre mulheres contemporâneas em situação de divórcio e de maternidade fora do casamento. Os resultados mostram que o desempenho destes papéis não é vivenciado de modo

apaziguador, sem conflitos, apontando para o mal-estar instaurado na ruptura do antigo modelo de comportamento individual e familiar.

Neste interjogo mulher-real / mulher-ideal, os papéis femininos avolumam exigências de beleza, delicadeza, submissão, dedicação à família, mãe devotada, mas também se soma na atualidade, sucesso profissional, proatividade, resolução de multitarefas. Em suma: a mulher deve ocupar o espaço privado e também conquistar espaço na esfera pública. Na hipermodernidade, a contradição e a ambivalência foram levadas à força máxima. Deve-se ser delicada, mas forte, dedicar-se à família, mas trabalhar fora e ajudar nas despesas domésticas. Estas circunstâncias são geradoras de sofrimento psíquico. (SOARES; CARVALHO, 2003; DURHAM, 1983).

Macêdo (2001) sedimenta esta discussão em seu estudo com mulheres chefes de família, na cidade de Salvador, capital baiana. Vejam abaixo esta ilustração:

“O universo das chefes entrevistadas, independente das diferenciadas condições de vida, gira em torno da relação com os filhos em quase todas as direções possíveis: até quando questionadas acerca das expectativas em relação ao seu futuro, voltam-se novamente para os filhos”. (p.76).

A pesquisa de Macêdo constata que, a despeito da existência dos novos arranjos e papéis femininos que mudaram o padrão tradicional da família, incluindo novas aberturas e possibilidades, esta condição não encontra eco e organização social para uma vivência natural. As mulheres encontram-se divididas entre a esfera pública e privada, ambivalentes e em sofrimento.

Durham (1983) já alertava para esta problemática:

“A verdade é que a sociedade não elaborou novas soluções consensuais para qualquer desses problemas. O que ocorreu foi a abertura de um espaço no qual estão sendo experimentadas novas formas de tentar equilibrar a vida pública e a privada, a participação no mercado de trabalho e na produção doméstica de valores de uso, a liberdade individual e a responsabilidade para com os filhos, a igualdade e a diferenciação de papéis”. (p. 41).

Diversas pesquisas (FLECK E WAGNER, 2003; BERTOLINI, 2001; GARCIA, 2001) têm constatado o crescimento nos últimos anos do número de lares brasileiros cuja renda da mulher representa a principal fonte de provimento desta família. O IBGE também corrobora esta afirmação apresentando que, em dez anos, os lares brasileiros que têm a mulher como aporte financeiro de maior referência

subiu de 22,2%, em 2000, para 37,3% em 2010. O IBGE, no Censo de 2010, traçou um perfil de quem é esse chefe de família. Os dados observados constataam que a maior parte se refere a mulheres sozinhas com filhos. Sendo que, nos lares onde a mulher é a referência financeira, 46,4% são casadas. Quando o responsável é homem, este percentual se eleva para 92,2%. Em termos absolutos, estes dados demonstram que o número de mulheres responsáveis pelo domicílio cresceu de 9,048 milhões para 18,617 milhões entre 2000 e 2010. Já a participação dos homens como chefes de família, permaneceu quase inalterada neste período, em 31 milhões. (IBGE, 2010). Tem-se aqui a constatação numérica desta transformação social, que remodela o campo da família. Os estudos citados acima também explicitam as repercussões desta transformação no seio da dinâmica familiar e conjugal e na educação dos filhos. A conciliação de papéis é apontada como o entrave desafio da mulher contemporânea.

O estudo de Fleck e Wagner (2003) observa que apesar da saída da mulher para o mercado de trabalho e sua renda ser a principal fonte de sustento da família, não houve uma migração do homem para assumir tarefas domésticas. Não há uma relação linear neste intento. Verificou-se que o homem auxiliava a mulher nas questões relativas à esfera de vida privada, cuidados da casa e educação dos filhos. Contudo, a responsabilidade ainda estava no controle feminino. Apesar destes achados, observa-se ainda nesta pesquisa que há nessas famílias uma tendência à adaptação e acomodação desses novos papéis da atualidade.

Fleck e Wagner (2003), no desenvolvimento da pesquisa sobre mulheres cuja renda era a principal fonte econômica da família constataam resultados semelhantes aos demais pesquisadores. Vejamos:

“A análise dos casos [...] permitiu inferir que a manutenção de muitos papéis, funções e atitudes, para cada um dos gêneros, nos indica que a estrutura familiar, neste nível sócio-econômico-cultural, ainda está calcada em um modelo tradicional de conceber e representar suas relações. Esses aspectos podem apontar que, apesar de já se perceberem algumas transformações nos padrões e no funcionamento da família, muitos outros ainda seguem a repetir-se, principalmente pela manutenção de papéis apreendidos e esperados socialmente que delegam funções específicas aos homens e às mulheres”. (p. 36-37).

Scavone (2001) alerta sobre a necessidade de vermos a maternidade como um evento passível de releitura a partir de fenômenos sociais diversos. O Infanticídio

tolerado apresentado por Ariès (2006), discutido anteriormente, serve de bom exemplo para demonstrar que a experiência da maternidade nem sempre gozou de valor e status social relevante.

Giddens (1993) nomeia como “A Invenção da Maternidade” o conjunto de influências que determinaram o destino desta experiência para as mulheres no final do século XVIII. O autor aponta o deslocamento do poder patriarcal para a afeição maternal. Este fato demarca, para Scavone (2001), a consolidação do ideal social do papel natural da mulher como mãe, restringindo o papel feminino à esfera da vida privada.

A transição do modelo tradicional da maternidade descrita como a mulher exclusivamente como mãe e suas proles numerosas só aparece após advento da revolução industrial que impulsionou a necessidade da mulher no mercado de trabalho, na linha de produção. Destaca-se o modelo moderno de maternidade, cuja mulher agora surge dividida entre a casa, a família e o trabalho.

“As contradições inerentes ao processo de industrialização e a forma como as mulheres ingressaram no mundo do trabalho, marcadas por profundas desigualdades sociais e sexuais, revelam os impactos desse processo na mudança dos padrões da maternidade. No momento em que as mulheres das famílias operárias, no séc. XIX, começaram a associar, de forma crescente, trabalho fora do lar e maternidade, instaurou-se a lógica da dupla responsabilidade [...] dupla jornada de trabalho”. (SCAVONE, 2001, p.49).

No século XX e XXI essa condição permanece, como já indicamos no uso de diferentes estudos neste trabalho. Nesta perspectiva, dada as condições da hipermodernidade, cujas exigências sociais se multiplicaram, a maternidade deixa de ser destino e passa a ser dimensão de escolha reflexiva. E, por isso, nomeada por Scavone (2001) de dilema moderno. Ser ou não ser mãe? Eis a questão.

O rompimento com o determinismo biológico da maternidade, promovido pelo controle parcial da procriação (a contracepção medicalizada e as tecnologias reprodutivas) e o desenvolvimento do conceito de parentalidade, constroem novas tendências de relações parentais e relações de gênero, refletindo as mudanças no interior da família e da sociedade. (SCAVONE, 2001).

Para Scavone (2001), o rompimento com o determinismo biológico levou à separação da sexualidade com a reprodução. Fator este que colaborou para a desconstrução da isonomia mulher-mãe.

Scavone (2001) deposita, sobretudo na contracepção moderna (a pílula contraceptiva), a possibilidade de escolha da maternidade pela mulher. Ressalta ainda que a despeito dos avanços tecnológicos acerca da contracepção, sempre existiu na História, meios de controle da fecundidade. A grande virada da modernidade se traduz na segurança e eficiência desses processos sem expor a mulher a riscos e/ ou vulnerabilidades sociais. A partir desta condição, a “recusa circunstancial da maternidade deu lugar à escolha da maternidade” (SCAVONE, 2001, p. 50).

No Brasil observa-se como a experiência da maternidade vem se transformando à luz desses processos sociais vigentes. Alguns indicadores nos ajudam a verificar esse impacto: A queda substancial de natalidade: em 1980 o número de filhos por mulher foi de 4,5. Em 1996 para 2,5 (NAÇÕES UNIDAS, 1994 apud LERIDON ET TOULEMON, 1996; PNDS/BEMFAM, 1997 apud SCAVONE, 2001) e em 2011 esta taxa caiu para 1,8 filhos por mulher brasileira. (BANCO MUNDIAL, 2014). O adiamento da maternidade para idades mais avançadas também é uma realidade no nosso país. Embora a taxa observada não seja representativa, os estudos demonstram uma tendência a postergar a maternidade para o momento de estabilidade financeira ou de carreira profissional da mulher. (SCAVONE, 2001). Os novos arranjos do padrão da família brasileira de proles menores e mulheres chefes de família, bem como a maciça participação da mulher no mercado de trabalho, demarcam a nova relação da mulher com a experiência da maternidade.

Scavone (2001) nos alerta para a mudança na experiência da maternidade em nossa sociedade em consonância com a realidade encontrada nas sociedades industriais avançadas (proles reduzidas e escolha reflexiva da maternidade). Contudo, ressalta que as desigualdades sociais no Brasil, marcam diferentes experiências com a maternidade. As condições sócio-econômicas irão conduzir caminhos diversos.

No diálogo com esses autores observamos que a maternidade vem sendo tratada como um evento da cultura. Um novo modelo de maternidade que possa desvincular-se da responsabilidade exclusiva da mulher vem se esboçando na busca pela *equidade da responsabilidade parental*. Contudo, alcançar este ideal torna-se complexo, pois seria necessária uma relação igualitária dos sexos. Mas a

escolha reflexiva da maternidade pode-se constituir como caminho efetivo para esta transição, viabilizando que homens e mulheres possam mensurar a decisão pela reprodução, baseando-se em aspectos da experiência adquirida nas histórias de vida de cada um, em aspectos de realização pessoal e social, bem como os seus laços com a cultura vigente.

Scavone (2001) nos aponta um caminho:

“Este novo modelo, que ora já se esboça, tem diversas nuances e se define com mais ou menos força de acordo com a classe social e o país a que está referido. É o modelo: de proles reduzidas, de mulheres com carreiras profissionais; de mães e pais, juntos e/ou separados, produzindo e reproduzindo; de casais hetero e homossexuais; de mães ou pais criando seus filhos sozinhos; da institucionalização dos cuidados maternos por profissionais especializados; enfim, é o modelo que busca se adequar às mudanças da vida contemporânea, ao mesmo tempo em que é forjado por estas mudanças, redesenhando o funcionamento e a estrutura da família contemporânea.” (p.57).

A inserção da mulher no mercado de trabalho e seu empuxo, cada vez mais evidente e desenfreado, por realização profissional e carreira promissora, é um exemplo contundente das transformações sociais na identidade feminina na contemporaneidade (LIPOVETSKY, 2000; ROCHA-COUTINHO, 2000). Até pouco tempo atrás, o casamento e a maternidade eram o único destino esperado para as mulheres. (RIBEIRO, 2004).

É crescente o número de mulheres hoje chefes de família, provedoras das necessidades financeiras da família. (FLECK E WAGNER, 2003). Juridicamente, há algumas décadas, observa-se que a escolha pelo regime de bens no casamento era quase totalidade a comunhão total de bens, o que denunciava a alienação econômica da mulher ao seu legítimo esposo. Damos um salto no tempo, e hoje, a mulher já pode escolher se adota ou não o sobrenome do marido. Cresce ainda o número de casais que optam por contratos matrimoniais ou uniões estáveis à revelia do casamento civil, dito tradicional. Também no campo do Direito, observam-se mudanças que incorporam a nova condição social da mulher. (RIBEIRO, 2004).

A participação da mulher no mercado de trabalho tem alcançado grandes proporções nos tempos atuais, promovendo mudanças internas nos papéis familiares, com especial referência à função materna. (BELTRAME E DONELLI, 2012; JERUSALINSKY, 2005). A tão sonhada busca feminista pela simetria social em referência ao homem marcam, por conseguinte, a desintegração da família

tradicional e a reorganização dos papéis femininos e masculinos. Investigar a interface maternidade e carreira permite-nos a observação cuidadosa dessas transformações sociais no último século. (SCAVONE, 2001; BELTRAME, DONELLI E TAGMA, 2012);

A emancipação feminina não foi gratuita. Pagou-se um preço relevante com o acúmulo de responsabilidades e com a conjunção de papéis atribuídos à mulher, em especial o da mulher profissional e o da mulher mãe. (JERUSALINSKY, 2009). Apesar de esta colocação sugerir uma dicotomia, Lima e Tose (2001) alerta que o planejamento de vida pessoal, familiar e profissional deve ser conjugado com sincronia. (BELTRAME, DONELLI E TAGMA, 2012).

Sabe-se que a participação no mercado de trabalho, sua ênfase cada vez mais acentuada na formação acadêmica, o advento do controle feminino sobre a reprodução, bem como, o avanço da biotecnologia, viabilizou a ampliação do seu lugar social, anteriormente exclusivo ao “ser mãe”. Com isso, houve um acúmulo de papéis e demandas cuja concepção da maternidade perde seu status de exclusivo e atrativo em comparação as décadas passadas. (BELTRAME, DONELLI E TAGMA, 2012).

“A maternidade atual traz para as mulheres tentativas, implicações e conflitos distintos (Martinez e Barbieri, 2011), o que tem levado os estudos mais recentes a pesquisar temas sobre diferentes condições maternas características da sociedade contemporânea. Com a diminuição da natalidade e a consolidação da mulher no mercado de trabalho, as pesquisas direcionaram seus focos para as questões atuais, como maternidade tardia (Gomes, Donelli, Piccinini e Lopes, 2008), adoção (Sonego e Lopes, 2009), inseminação artificial (Spotorno, Silva e Lopes, 2008) e família homoparental (Martinez e Barbieri, 2011)”. (BELTRAME, DONELLI, TAGMA, 2012, p. 207).

Como se observa, a maternidade na contemporaneidade vem acompanhada de tensões. Os novos direcionamentos da mulher para contornar as exigências do mundo atual resultam numa maternidade inflacionada, dividida, por isso comumente adiada, causada por meios não-naturais ou por meios de arranjos sociais como a adoção.

Brazelton (1988), Barbosa e Rocha-Coutinho (2007), apontam que a conjunção maternidade e carreira profissional têm colaborado para a postergação da vida reprodutiva das mulheres da classe média e alta, haja vista que esses dois projetos exigiriam dedicação extenuante numa fase de vida que coincide no tempo.

Os dados brasileiros sobre o fenômeno do adiamento da maternidade para o final do ciclo fértil da mulher são ainda muito incipientes. (GOMES et. al, 2008). Os fatores levantados para marcar a relevância social deste fenômeno na nossa contemporaneidade são baseados em estudos internacionais. (BELTRAME, DONELLI E TAGMA, 2012). Aponta-se para a diversidade de modos de contracepção, aporte educacional e profissional mais elevados, a realização do casamento também em fase de vida mais tardia e a conquista da estabilidade e independência financeira como fatores que interferem na concepção da maternidade. (GOMES et. al, 2008; BELTRAME, DONELLI, TAGMA, 2012).

O IBGE (2011), em dados ainda preliminares, apontam para este fenômeno em terras brasileiras. Já é estatisticamente percebido que o padrão de fecundidade das mulheres brasileiras modificou-se em comparação com os censos anteriores. Observa-se o aumento da fecundidade de 27,6% para 31,3% em mulheres com mais de 30 anos.

A experiência da maternidade na sociedade pós-moderna não se traduz, instantaneamente, como um projeto atrativo a todas as mulheres se estabelecermos um paralelo com épocas pregressas. (MOLINA, 2006). As exigências da contemporaneidade marcam sentimentos de impossibilidade e/ou insuficiência para responder aos múltiplos papéis femininos. Vive-se socialmente a realização profissional como experiência de grande valor para a mulher. (BELTRAME, DONELLI, TAGMA, 2012). Na ambiguidade dos caminhos a percorrer, as mulheres vivenciam sentimentos e afetos intensos marcados pela desordem entre o tempo hábil para assentar uma carreira profissional com o tempo biológico da fertilidade. A escolha pela maternidade se faz por desejo ou por não ter mais tempo? (JERUSALINSKY, 2009).

“A biologia estabelece o limite quanto ao número de anos que uma mulher tem para decidir, mas a maneira como cada uma lida com essa imposição, excluindo a possibilidade precocemente, manejando a questão metódica ou esporadicamente, ou demorando-se nela indefinidamente, está relacionada a aspectos da personalidade e a circunstâncias pessoais. [...] O reconhecimento de que uma vida sem filhos foi se tornando realidade implica sempre um trabalho emocional importante.” (MANSUR, 2003, p. 8).

Mansur (2003) refere que o tema da maternidade gera tensão e afetos a qualquer mulher, visto tratar-se da não realização de um potencial biológico e de uma expectativa social secular. Acentua que “[...] as mulheres estão expostas às

políticas simbólicas da maternidade e, geralmente, colocar-se na contramão das expectativas sociais causa sentimentos conflitantes”. (BONINI-VIEIRA, 1997, apud. MANSUR, 2003, p. 09).

Badinter (1985) corrobora esta afirmação quando nos apresenta os sentimentos de culpa que a mulher vem sofrendo em diferentes tempos históricos, dado disseminação da maternidade como evento ligado ao instinto, como uma condição natural de toda mulher. Não corresponder a esta normatização, implicaria num desvio. O engendramento do mito do instinto materno bem como do amor genuíno de toda mãe por seu filho ainda está presente na contemporaneidade. Quais as implicações desta ordem social?

“Atualmente, as mulheres percebem que a imagem fixa da maternidade-fecundidade não lhes convém, pois são mães transitoriamente, enquanto o fato de serem mulheres é perdurável. Tal distinção, entre outras coisas, situa o prazer sexual onde antes se encontrava apenas a reprodução, e alerta para o fato de que a circunscrição da mulher na maternidade / maternagem promove a exclusão de outros espaços, como a cultura ou a sublimação intelectual”. (MANSUR, 2003, p. 4).

Chodorow (1990) acrescenta que a repetição de padrões de maternagem acontece por influência de elementos psicológicos e sociais cujo enquadre é subliminarmente induzido. Desse modo, coloca em realce que a maternidade / maternagem não é produto da biologia nem de preparo intelectual para o seu exercício, mas de replicação de experiências vividas no seio da família, transmitidas intergeracionalmente como um legado inconsciente. Proponho estruturar esta idéia: as mulheres, quando mães, transmitiriam para suas filhas insígnias, desejos e outras marcas inerentes ao relacionamento desta díade. Esses filhos, em leitura singular desta experiência, podem posicionar-se positiva ou negativamente acerca da capacidade de gestar, parir e cuidar. E, neste último caso, fazer escolhas que não incluem a maternidade, dirigindo seu alvo de investimento para a vida pública.

Mansur (2003), em pesquisa sobre a não-maternidade, seja por escolha ou por impossibilidade, observa uma complexa interação de fatores subjetivos, históricos e culturais envolvidos nesta trama. Analisando as dimensões da não-maternidade, a autora ressalta que precisamos estabelecer um contraponto acerca da diferença entre *não poder ter um filho e não querer ter um filho*.

Os resultados do estudo apresentam que as mulheres biologicamente inaptas para a reprodução, dada alguma circunstância, assumem posição de

fracasso social, de não corresponder a norma, de não-completude, de não ter passado na “prova de feminilidade”.

Em contrapartida, a escolha voluntária de não ter filhos, se associa a uma série de fatores intrapsíquicos cujo interjogo é favorável a uma vida livre dos encargos associados a este tipo de compromisso. Apesar de biologicamente aptas, estas mulheres não vêem na maternidade uma condição natural, mas uma vontade expressa, declarada.

A autora sugere uma ressalva ao termo “voluntariamente sem filhos”. Embora a vontade declarada destas mulheres imponha a idéia de uma escolha consciente sobre não ter filhos, escamoteia por outro, desejos inconscientes. Dado este alerta, coloca ênfase numa análise multidimensional deste processo. Não se pode ignorar que comportamentos aparentemente inócuos podem camuflar sentidos diversos. (MANSUR, 2003).

“A não-maternidade provoca um rompimento de um modelo feminino tradicional e, embora represente uma diferença significativa, não significa patologia, constituindo um fenômeno complexo, multidimensional e dificilmente redutível a um único determinante. Sua compreensão requer a revisão das expectativas em relação aos papéis femininos tradicionais, desfazendo o mito do instinto materno e aceitando o fato de que a vida das mulheres pode ter dimensões muito variadas quando a sociedade lhes apresenta outras opções – além da maternidade.” (MANSUR, 2003, p. 10).

A escolha pela não-maternidade tem sido também associada à necessidade social premente de investimento na vida pública e na ascensão profissional. Pesquisas recentes (SOUZA RIOS-NETO; QUEIROZ, 2011; PAZELLO, 2006; PAZELLO E FERNANDES, 2004;) demonstraram o impacto da maternidade na carreira profissional da mulher na contemporaneidade. Esses estudos aferiram os efeitos no engajamento da mulher na vida pública após diferentes experiências com a maternidade: Após o primeiro, segundo e terceiro filho; com filhos natimortos; mãe de gêmeos. Os resultados encontrados, a despeito das especificidades e idiosincrasias de cada estudo, apontam que a maternidade tem efeito e/ou impacto negativo sobre o mundo do trabalho da mulher. Em geral, observaram que a maternidade pode concorrer com o progresso na vida profissional, dificultando a ascensão e sucesso.

Esses dados ilustram a difícil tarefa e os desafios da mulher contemporânea. Rocha-Coutinho (2011), em pesquisa brasileira sobre as estratégias usadas por executivas para conciliar trabalho e os cuidados com os filhos, constatou que é possível o exercício concomitante da maternidade e do trabalho, de forma saudável, com presença de estratégias individuais para amenizar a presença/ausência materna e seu desempenho no trabalho. Aponta ainda para o desenvolvimento na contemporaneidade de redes de apoio mais extensas. Além da família, essas mulheres contam com creches, escolas de educação infantil de tempo integral que auxiliam nessa dupla jornada, especialmente nas famílias urbanas. (GOMES et. al, 2008; BELTRAME, DONELLI, TAGMA, 2012). Nem sempre possível nessa trajetória é evitar os sentimentos de culpa, angústias indizíveis, impotência, sobrecarga, medo, bem como, a contradição de valores deste interjogo mulher/mãe. (MOLINA, 2006; BELTRAME, DONELLI, TAGMA, 2012).

Scavone (2001) vai associar a escolha da maternidade a uma série de fatores biológicos, subjetivos, familiares e sociais cuja interação isolada ou conjunta assinalaria o destino a ser seguido por essas mulheres. Tal posição valida a discussão interposta:

“O desejo atávico pela reprodução da espécie, ou pela continuidade de sua própria existência; a busca de um sentido para a vida; a necessidade de uma valorização e de um reconhecimento social (como no caso de algumas mães adolescentes, ansiosas por ocupar um espaço de maior respeitabilidade na sociedade); o amor pelas crianças; a reprodução tradicional do modelo de família de origem, entre outros” (p. 50)

Observamos um entrelaçamento de diferentes contextos, nuances e fatores que colocam a maternidade em evidência na nossa contemporaneidade. Evidência esta compartilhada com outros projetos e reinvenções da mulher hipermoderna. A escolha reflexiva da maternidade vem acompanhada de outras escolhas que não se conformam à lógica naturalista e perturba as relações conjugais e a ótica do amor nos tempos atuais.

2.3 CONJUGALIDADE E AMOR: OSSOS DO OFÍCIO?

*Prometo ser-te fiel,
Amar-te e respeitar-te,
Na alegria e na tristeza,
Na saúde e na doença,
Todos os dias da nossa vida.*

(Trecho do ritual romano da celebração do matrimônio).

A celebração do casamento como vemos acima também sofreu mudanças na contemporaneidade. As palavras proferidas pelo sacerdote que marcavam a indissolubilidade do laço, a estabilidade das relações conjugais e a construção do matrimônio sob pilares sólidos foram subtraídas. “*Até que a morte nos separe*” foi substituído por “*todos os dias da nossa vida*” e isso demarca uma aceção moderna. Na hipermodernidade, as relações se tornaram fluídas, voláteis, passíveis de serem desfeitas e refeitas quantas vezes necessárias para se atingir o ideal de felicidade e satisfação do casal. Estaríamos diante de uma mudança na conjugalidade? E de que modo esta mudança atinge a experiência da mulher com a maternidade?

A compreensão da conjugalidade na contemporaneidade só se faz possível através de um olhar interdisciplinar. As mudanças advindas na década de 60 sobre a nova condição do vínculo conjugal reuniu esforços de diferentes campos de saber para a produção de conhecimento sobre a dinâmica conjugal e a formação da vida a dois. (SILVA, 2012).

Até os anos 60, a família estava sustentada sob a égide da conjugalidade. Homem e Mulher unidos em prol da filiação, ou seja, existiam papéis bem definidos. Passamos da família conjugal à *individualização*¹¹ da família, em que se observa um deslocamento da importância do grupo familiar para a importância do membro do grupo, promovendo a idéia de vinculação por amor e afeto. A autonomia e a individualização dos sujeitos ganharam status de relevância na cena social exigindo

¹¹ “Conceito que apreende a busca de gratificação pessoal e autodeterminação do self, por um lado, e realização afetiva através de uma relação de alteridade, em que, em última instância, o sentimento para a própria individualidade existe porque o outro existe” (ABOIM, 2006, p.146)

novas roupagens para as relações conjugais. Mudaram-se as conjunturas históricas relacionadas à esfera do público e do privado. (SILVA, 2012).

No decurso do tempo histórico, a família ocupou diferentes funções na sociedade. Inicialmente, sua regulação estava ancorada no casamento para manutenção da riqueza e da propriedade. Os noivos eram escolhidos pela figura patriarcal, num acerto de favorecimento econômico e de prestígio social. A igreja exercia grande influência com seus dogmas religiosos, a exemplo da indissolubilidade do casamento: “O que Deus uniu, que o homem não separe”, anuncia o cristianismo. Na atualidade, o casamento passa a condição da escolha do parceiro pela perspectiva do amor, do afeto e a sua permanência ou durabilidade não é mais regida pela doutrina religiosa (GOMES E PAIVA, 2003).

A possibilidade de escolha ou não pela maternidade e seus refinamentos – quantos filhos se deseja ter, quando gostaria de tê-los, o sexo dos bebês e assim por diante – é uma marca cada vez mais proeminente na nossa cultura. Estas transformações sofrem influências e influenciam novos modos de pensarmos a família, o casamento e a maternidade.

Tanto o casamento quanto a maternidade, na linha do tempo, passaram de instâncias relacionadas ao destino das mulheres para a condição de escolha. Esta mudança caracterizou a falência do modelo de conjugalidade convencional. (RIOS-LIMA, 2012).

As mudanças sofridas no casamento e na formação de vínculos apontam para a construção de uma conjugalidade construída pela afetividade, pela escolha por amor, desejo e outras questões subjetivas. Os autores Moguillansky e Nussbaum (2009, apud. RIOS-LIMA, 2012, p. 16) nos apontam as premissas deste novo cenário:

“No século XX se “inventa” uma nova construção do casal e da família, que encontra seu fundamento na ilusão de um amor recíproco. O casal dito moderno nasce e sustenta-se de tal ilusão, pretendendo articular amor e sexualidade na busca da felicidade.”

A constituição desse novo casal funda a família moderna distanciando-se do modelo outrora em vigor cuja escolha dos parceiros era uma determinação familiar. A partir dessas formas de relacionamento criam-se tecidos imaginários amorosos que regulam e sustentam o casal e a família.

Cabe ressaltar que nem sempre os vínculos amorosos foram concebidos dessa maneira. O amor recíproco apaixonado a que nos reportamos na atualidade, historicamente é concebido na época medieval em consonância com o amor cortês, no qual se conjugava amor e erotismo. Manteve-se alimentado pelos mitos, poesia e novelas românticas. Posteriormente, surge exaltado com o advento do Romantismo do século XIX, por insatisfação cada vez mais pronunciada dos casamentos arranjados. No século XX, o amor recíproco colaborou para a formação do casal ocidental, sustentado na premissa de realização e satisfação social com este modo de vinculação. (RIOS-LIMA, 2012).

A passagem do “amor-romântico” para o “amor recíproco” não ocorre imune às marcas do tempo histórico e às necessidades sócio-políticas de uma época. Gomes (2003, apud RIOS-LIMA, 2012, p. 17) observa tal acepção:

“O amor romântico teria sido ironicamente um dispositivo social de controle e disciplina para os tempos de paz, e a partir de então, o sonho da união conjugal institucional, acoplada à união amorosa por livre escolha tornou-se parte fundamental do conceito ocidental de casamento”.

Observa-se uma nova ordem social cujo espaço do casamento por amor regularia a estabilidade da família nuclear, o lugar da mulher enquanto detentora do cuidado da casa e dos filhos, e o homem como seu legítimo provedor. As crianças tornam-se alvo de investimento econômico e afetivo. (RIOS-LIMA, 2012).

A família moderna, o casal nuclear e seus filhos, foram conquistando espaço e tornando cada vez mais independente a família extensa, modificando o modo de relação com os ascendentes e descendentes. O casal moderno, após a 1ª Guerra Mundial, difunde-se e torna-se hegemônico como uma condição partilhada por diferentes classes sociais no ocidente. A partir daí, entretanto, não se instituiu uma modalidade definitiva de casal: passamos ao convívio com formas diversas e flexíveis de intercâmbio sexual e afetivo. (RIOS-LIMA, 2012).

“No final do século XX e início do século XXI, o casal e a família moderna convivem com outros conjuntos vinculares, as configurações familiares da contemporaneidade. Em um movimento que se deu durante todo o século XX, e mais acentuadamente dos anos sessenta em diante, produziu-se uma grande transformação nos modos de relação. O casal moderno – caracterizado pela estabilidade e pela ilusão de reciprocidade amorosa – perde sua premência como modelo de relação, embora boa parte dos vínculos amorosos ainda sigam esse modelo, e se verifica uma persistência em alcançar o ideal de reciprocidade em segundas, terceiras, enésimas uniões: as famílias reconstituídas”. (RIOS-LIMA, 2012, p. 17).

Singly (2000) afirma que a despeito das mudanças estruturais de viver a conjugalidade, esta se mantém como elemento fundador do trajeto dos indivíduos nas sociedades ocidentais contemporâneas. O laço conjugal na contemporaneidade é alvo de diversos estudos na literatura que reasseguram a idéia de que a conjugalidade seja um elemento fundador dos laços familiares e dos laços sociais. O casal seria, em larga medida, o espaço de relação no qual se projetam a possibilidade de realização afetiva. A conjugalidade estaria no escopo das relações estabelecidas num contexto micro e macrossocial (SILVA, 2012; SARTI, 2004; FÉRES-CARNEIRO, 1998).

Féres-Carneiro e Diniz-Neto (2010) destacam a estabilidade e a satisfação conjugal como ponto de ancoragem para a melhor compreensão e abordagem da dinâmica conjugal. Dada a complexidade e a polissemia deste campo, realizar estudos sobre a conjugalidade na contemporaneidade faz-se relevante dada a mudança estatística no número de casamentos realizados que vem diminuindo em paralelo ao número crescente de divórcios. Desajustes de convivência podem gerar instabilidade matrimonial ou uma dissolução abrupta do casamento? O adiamento da maternidade se relaciona com a busca da estabilidade na conjugalidade?

As mudanças de família, conjugalidade ou colocadas aqui sob a perspectiva do modo de formação de vínculo no século XXI se ancora nas reformulações do campo social, com a hipermodernidade. A entrada contundente da mulher no mercado de trabalho, os métodos de controle da procriação, o avanço das técnicas biomédicas a serviço da reprodução, a possibilidade de dissolução do casamento com a disseminação da lei do divórcio, contribuem para este novo formato.

Na hipermodernidade, regulados pela liquidez dos vínculos assiste-se a um afluxo de mudanças nos modos de estabelecimento de relação e, por conseguinte, na conjugalidade. Bauman (2004) deposita na liquidez a característica predominante da sociedade atual. A vida líquida corresponderia a uma sociedade regulada pela imprevisibilidade e inconstância de sinais, pela rapidez, pela pressa e pela fragilidade do laço. Ao casal hipermoderno torna-se cada vez mais difícil a estabilidade da relação, o laço duradouro. Ao menor sinal de insatisfação, desconectam-se e reconectam-se em novas relações em busca da felicidade.

“A súbita abundância e a evidente disponibilidade das “experiências amorosas” podem alimentar (e de fato alimentam) a convicção de que amar

(apaixonar-se, instigar o amor) é uma habilidade que se pode adquirir [...] com a prática e a assiduidade do exercício [...] essa é, contudo, uma outra ilusão. As habilidades assim adquiridas são as de “terminar rapidamente e começar do início” [...] O efeito dessa aparente aquisição de habilidades tende a ser, o desaprendizado do amor – uma “exercitada incapacidade” para amar”. (BAUMAN, 2004, p. 20).

Uma sociedade líquida define condições sob as quais o comportamento dos seus membros são voláteis, mudam em uma lógica temporal sempre reduzida que não permite a consolidação de hábitos, normas e modos de ser e agir. Esta lógica se traduz nas características do vínculo, do casal, dos filhos, da família. As relações se equivalem a objetos de consumo, gerando insegurança constante na formação ou aposta do convívio, do cotidiano. Assistimos à fragilidade dos laços humanos.

Singly (2007) em complementaridade ao pensamento de Bauman salienta que a difícil tarefa do compromisso na sociedade atual regulada pelo “eu” em detrimento do “nós” não anula o valor e aposta na relação amorosa. Vejamos:

“A valorização de uma certa fluidez, de uma certa flexibilidade e do princípio da eleição não tem por consequência a desvalorização da durabilidade e da solidez. Estas duas também são desejadas pela grande maioria dos indivíduos, com a condição de que a sua existência não esteja atrelada à instituição matrimonial, mas que elas sejam reflexo de uma qualidade relacional.” (p. 175).

Para este autor, a sociologia da família contemporânea se funda na conjugalidade, caracterizando esta como lugar de afeição e autonomização de seus membros. Ou seja, a família seria um espaço relacional, mais do que uma instituição, a qual se edifica sobre vínculos baseados em demandas explícitas e implícitas, de autonomia pessoal. (RIOS-LIMA, 2012).

A conjugalidade no mundo contemporâneo é tema discutido por diversos autores, dentre eles Giddens (1996) e Bauman (2004), que tratam das incertezas e da fragilidade que a modernidade esculpiu aos relacionamentos amorosos.

Segundo Giddens (1996), as relações individualizadas seriam responsáveis pelo fracasso do casamento fundado no amor, pois uma das premissas demarcadas como bem-sucedidas dos relacionamentos reflexivos seria a diferenciação entre as pessoas, ou seja, um respeito por sua individualidade.

Revela-se que o amor tem sido cada vez mais relevante nos relacionamentos de conjugalidade. Associa-se que as dissoluções conjugais ocorrem em consequência do “amor que acaba”. Entretanto, pela liquidez dos

tempos hipermodernos, logo que precipitam em novos relacionamentos em busca do amor perdido. (OLTRAMARI, 2009).

Giddens (1996) reflete sobre os laços de intimidade atrelados aos relacionamentos amorosos e observa que na contemporaneidade essa expressão tem mais sentido do que a própria idéia de casamento. Distingue a paixão e o amor, sendo o primeiro visto como desordenador da cena social e o último como promissor na organização social.

Na discussão sobre as transformações da intimidade, Giddens (1992) aponta os elementos do relacionamento puro, presentes no laço conjugal contemporâneo. Anuncia que as pessoas se vinculam tendo como alvo a própria relação, que será mantida enquanto for necessária e prazerosa para ambos os cônjuges.

As características individualistas do casal contemporâneo também são enfatizadas por Singly (2003) e estão em consonância com Giddens. Observa que essas relações na contemporaneidade são constituídas a partir da construção das identidades individuais de cada cônjuge e se mantêm sólidas na medida em que favorecessem o desenvolvimento pessoal de cada um.

Para Bauman (2004), na modernidade os laços afetivos se tornam cada vez mais frágeis, mas o autor também afirma que, a fragilidade vem acompanhada de uma necessidade antagônica, que é de relacionar-se com as pessoas com a observação de que estes relacionamentos são mais voláteis, por isso menos estáveis se comparados com tempos de outrora. A metáfora “amor líquido” sintetiza o modo de funcionamento das relações afetivas na atualidade e sua teia complexa. Apesar das características efêmeras do amor, é interessante perceber quanto ainda este afeto é desejado, mesmo sabendo-se que a sua durabilidade poderá ser menor do que se almejava.

O casamento, nessa medida, mantém na contemporaneidade seu status de relevância social? De realização pessoal? Com a ideologia individualista como conciliar monogamia e permissividade? Estabilidade e necessidade premente do novo? Vida familiar com filhos e carreira profissional – qual a sua satisfação pessoal? O desejo sobre a maternidade/paternidade acompanham esse ideal social?

Calligaris (2001) em publicação na Folha de São Paulo situa, de forma emblemática, o paradigma da hipermodernidade e a constituição paradoxal do casamento:

“Há poucos traços tão relevantes na subjetividade moderna quanto a paixão pela mudança, e por consequência, a ojeriza da mesmice. O gosto pela novidade é crucial em nossas vidas. E isso funciona como incentivo essencial para o sistema de produção e consumo no qual vivemos [...] Queremos novidades não só nas ruas e nas vitrines, mas em nossas vidas. Chegamos a medir a qualidade de uma existência pela variedade das experiências que ela proporciona. Lamentamos uma vida definida pelo tranquilo preenchimento de uma função. Achamos mil culpados pela mesmice que nos assola. Mas logo a lista dos acusados chega a parceiros e parceiras - como se fossem bolas amarradas no pé, correntes que nos travam. O cônjuge torna-se a encarnação dos motivos pelos quais desistimos do novo e da aventura. Ele é o responsável pelo nosso tédio, culpado de toda estagnação [...]. Ele carrega, aos nossos olhos, os estigmas da mesmice: imaginamos dever-lhe tudo o que parece nos prender - um domicílio, a responsabilidade de sermos pais, mais uma família que se acrescenta ao peso da nossa família de origem etc. De fato, o cônjuge é acusado injustamente: geralmente ele é apenas o porta-voz do medo que acompanha e modera nossa paixão pelo novo. Somos filhos de uma cultura que, ao mesmo tempo, promove o pequeno núcleo familiar fundado no amor e idealiza a liberdade de quem não para de se reinventar sozinho. Queremos aventura, mas receamos esse nosso desejo e procuramos portos seguros. Culpar o cônjuge é uma maneira de evitar a contradição. [...] Em suma, o casal torna-se descartável como a esferográfica e o isqueiro. "Não funciona mais? Jogue fora." [...]. (p.E11).

Calligaris coloca em realce a lógica conflitiva e ambivalente dos tempos hipermodernos que redefiniram as relações de família e conjugalidade. O casamento sofre a regulação da inconstante mutação dos tempos atuais. Encerra uma percepção paradoxal, sendo ora desejado, ora descartado e, depois, novamente investido. O casamento passa a incluir instancias do novo e do velho, numa vertente de mudanças e flexibilidade.

O casamento hoje, como se vê, não está submetido às regulações do passado. Por exemplo, casa-se em idades cada vez maiores. Se a realidade antes era de casamentos na faixa etária de 20 a 30 anos, hoje a tendência se posterga para a 3ª década de vida. Busca-se satisfação conjugal, e caso não ocorra, o casamento não será um empecilho para se lançar em novas relações. Pode-se casar e casar de novo quantas vezes seja necessário para se atingir a qualidade desejada no relacionamento a dois. Em prol desta busca, adia-se o projeto parental para quando estas situações são atingidas: estabilidade profissional, econômica e qualidade conjugal. (RIBEIRO, 2004).

O casamento, a despeito da regulação atual sobre este e a possibilidade concreta do divórcio, existe uma aposta simbólica na longa duração desta relação, baseado nos contos de fada, que regulam a idéia romântica de 'felizes para sempre'. A taxa de divórcio cresce, mas também cresce a taxa de nupcialidade¹². O que está em questão? (MOSMANN, WAGNER, FÉRES-CARNEIRO, 2006).

A compreensão desta realidade pós-moderna exige a reinvenção do conceito de casamento e sua intersecção com a constituição de família. As famílias não mais correspondem ao tripé: pai, mãe e filho. Os novos arranjos colocam a família de forma mais plástica e ampla para incluir os filhos do primeiro casamento e os filhos constituídos no segundo casamento, os agregados (filhos dos novos parceiros), dentre outras possibilidades. O desenvolvimento da tecnologia que permite a possibilidade de filhos in vitro também coloca em questão a junção casamento e família (GOMES, PAIVA, 2003).

Para ampliar a discussão sobre a conjugalidade é válido estabelecer um contraponto sobre as mudanças da família na contemporaneidade: os desafios da vida a dois num cenário hipermoderno de individualização tornam esse diálogo premente. Os novos modelos de configuração familiar apontam para uma redefinição dos papéis e funções exercidas pelos membros desta instituição. O lugar da mulher, da mãe, do homem, do pai, dos filhos se reinventa para acolher as novas demandas sociais: divórcios, recasamentos, emancipação feminina, divisão do trabalho doméstico, mudança de atitude na criação dos filhos, dentre outras possibilidades colocam em questão a lógica do afeto, do casal e da família.

¹² De acordo com o IBGE, as Estatísticas do Registro Civil apontam taxa de divórcios recordes no País: 351.153 divórcios foram realizados em 2011. Estes números apontam um crescimento de 45,6% em relação a 2010, quando se constatou 243.224 divórcios. É a maior taxa desde 1984, ano que foi criado esta medição. Já a taxa de nupcialidade legal (número de casamentos para cada mil pessoas de 15 anos ou mais de idade) teve aumento na última década, com percentual de 5,6% em 2002 para 6,9% em 2012. Em 2012 registrou-se 1.041.440 casamentos, 1,4% a mais que no ano anterior. Vê-se uma crescente na taxa de nupcialidade legal, entre 2002 e 2012. Contudo, os valores alcançados são inferiores aos verificados na década de 1970 quando esta taxa registrava 13%. Neste traçado estatístico observa-se que em 2012 houve uma queda entre nos casamentos entre cônjuges solteiros de 8,4 pontos percentuais, passando de 86,6% para 78,2% do total de casamentos. O dado relevante nesta medição diz respeito ao aumento da taxa de recasamentos: de 13,4% em 2002 para 21,8% em 2012 do total das uniões formalizadas. (IBGE, 2013). Estes dados apontam as transformações sociais decorrentes da nossa contemporaneidade, com seus novos arranjos de família e mudanças na concepção do casamento e da conjugalidade.

Segundo Féres-Carneiro (2005), na contemporaneidade assiste-se à ambivalência da vida a dois. Apesar de se manter a aposta de que a conjugalidade possa viabilizar a construção do “eu” através do “nós”, a dissolução da relação tem sido elemento presente desde sua formação, apesar do afeto, da escolha e da prerrogativa de felicidade duradoura.

Para a psicanálise, a conjugalidade se assenta nas transmissões psíquicas intergeracionais. Explico o que esta afirmativa denuncia: Trata-se de pensar que o modo como o sujeito constrói e mantém relações conjugais se alinha com as histórias de família, os modos de interação introjetados como modelo e ou referência que são repetidos pelas gerações, com suas fantasias, conflitos e expectativas. Desse modo, a formação do laço conjugal estaria assentado nas identificações parentais. A conjugalidade estaria em consonância com o romance familiar. (FÉRES-CARNEIRO, 2005)

“A noção de transmissão psíquica geracional se refere à inscrição do sujeito na cadeia da qual ele é um elo e se submete ao mesmo tempo, à estruturação da subjetividade, ao desenvolvimento psíquico daquilo que o sujeito herda, ao seu pertencimento ao grupo familiar e às formações intermediárias que articulam os espaços psíquicos intra e intersubjetivos”. (FÉRES-CARNEIRO, 2005, p. 89).

A genealogia mescla tempos e espaços e modula as relações de conjugalidade da futura geração podendo desencadear repetições, padrões de conjugalidade disfuncionais, bem como, pode produzir o novo, o inédito, através de reformulações e recursos adaptativos. Isso significa dizer que aquele que é alvo da transmissão não se coloca como passivo diante da sua herança, sendo capaz de se afetar positiva ou negativamente com o patrimônio recebido.

A autora sustenta a idéia de que antes mesmo da concretização do encontro amoroso existe uma pré-história que se soma a história do sujeito que norteia o sujeito na organização da conjugalidade e dimensiona o futuro das relações que serão estabelecidas. Vejamos os resultados encontrados em sua pesquisa:

“Na maioria dos casos em que os jovens apresentaram um discurso de franca recusa à percepção da *influência da conjugalidade dos pais* sobre o lugar que essa ocupa em seus *projetos de vida*, tais pais eram casados e sua conjugalidade foi avaliada como *muito insatisfatória*. Consideramos que esse resultado evidencia o quanto o não enfrentamento pelos pais de seus conflitos conjugais e a manutenção de uma relação conjugal insatisfatória interferem no processo de identificação e de diferenciação dos filhos e, conseqüentemente, na possibilidade de elaborar projetos de vida mais autônomos. O lugar que o casamento ocupa nos projetos de vida parece

estar relacionado com o modo como os jovens entrevistados se apropriaram de sua herança familiar e com o discernimento sobre os aspectos da conjugalidade dos pais que os influenciam. É necessário elaborar uma diferenciação entre a herança familiar e as transformações passíveis de serem operadas pelos filhos” (FÉRES-CARNEIRO, 2005, p.96).

Historicamente, não se pode falar sobre a maternidade sem considerarmos a confluência dos fatores sócio-culturais que modificaram os padrões conceituais de família, na Europa e no Brasil (MEIRA, 2010).

A família é, sem dúvida, alvo constante de pesquisas e debates de diferentes campos de saber. Do poeta à mídia, do saber popular ao arcabouço que a ciência produz, todos buscam soluções para os impasses das relações familiares. E a produção de respostas também sofreu a influência da lógica temporal. Os conflitos de família não são os mesmos ao longo desses séculos.

Diversos instrumentos que remontam a história de humanidade trouxeram a família como ponto nodal do homem e seu processo civilizatório. De exemplos temos os contos infantis com as bruxas más (madrastas) e seus príncipes encantados; as tragédias grego-romanas, destacando-se a história de Édipo e a relação de incesto com Jocasta; e a bíblia que nos traz a ambivalência das relações fraternais, como Caim e Abel. Esses instrumentos contaram histórias sobre família, seus dilemas e conflitos.

Desde os primórdios da psicanálise a família foi considerada ponto chave na resolução dos conflitos psíquicos dos neuróticos. No divã, as pacientes de Freud passavam horas a falar sobre pai, mãe, amantes, filhos, maridos e esposas. Falavam sobre suas insatisfações, escolhas, fracassos, repetições, desencontros.

Rabinovich & Moreira (2011), afirmam que a família sofreu várias transformações, mas não perdeu o sentido de garantir a identidade individualizada dos seus membros, assim como o lugar designado para criação e manutenção dos laços afetivos e sociais, portanto, é um espaço em que se dar valor às relações entre os sujeitos.

Petrini, salienta algumas mudanças intergeracionais que correram nas últimas décadas:

As novas gerações divergem da geração dos adultos e dos avós quanto as metas que merecem ser perseguidas aos critérios para discernir o que vale ou o que deve ser descartado. As novas gerações experimentam muitas vezes, uma distância e uma estranheza com relação aos pais e a geração

mais velha em geral. Um conforto sistemático de aspectos relevantes da existência é, muitas vezes, recusado, sendo considerado desgastante e improdutivo, enquanto costuma ser valorizado o ambiente da afetividade familiar. No cotidiano, prevalece a busca pela maior acomodação e o diálogo é substituído por negociações pontuais. Os vínculos que ligam avós, pais e filhos tendem, nesse ambiente, a se modificar. Nos últimos tempos, a imprensa veicula atos de violência entre as gerações, como parricídio, matricídio e assassinato de filhos por parte do pai deixando entrever quão profunda e grave é a distância que foi construída entre gerações (PETRINI, 2007, p.212).

Biasoli-Alves (2008) salienta, que as gerações mais antigas e as mais recentes vão estar em um processo constante de aprendizado uma com a outra, independentemente de se estar considerando as diferenças de classe e escolaridade.

A família sofreu consideráveis modificações ao longo da história, regulando as interações sociais e cunhando preceitos morais e éticos, fomentando leis e normas que regulam a sociedade e engendram novas subjetividades. Novos arranjos familiares refletem direta ou indiretamente no modo como a sociedade atual também se organiza. Estudar família de certo modo implica em entender modos de funcionamento da cultura na qual estamos inseridos.

Se a família seria então uma ancoragem que permite aos seus membros se constituírem, que ampara, protege, que serve como base para a vida, definida como união. Qual seria a repercussão da falta de amparo, abandono, esquecimento; da ausência de ajuda; do estado de impotência; de incapacidade, para as famílias contemporâneas?

“O laço é, em última instância, um obstáculo ao despertar, um refúgio diante do mal-estar, uma certa tapeação em relação ao desamparo, já que o semelhante, no grupo, serve para atenuar a falta de gozo. Como uma satisfação substitutiva, o vínculo com o outro presentifica uma possibilidade de escapar à dor de existir, denunciada por Freud: “tal como nos tem sido imposta, a vida nos resulta demasiado pesada, nos apresenta excessivos sofrimentos, decepções, empreendimentos impossíveis. Para suportá-la, não podemos passar sem os lenitivos””. (MEIRA, 2003, p.219).

Petrini (2007), Rabinovich & Moreira (2011), destacam a função da família como sistema de cooperação mútua, aprendizado constante entre as gerações, sobreposições de papéis, não estáticos, mas alinhados à contingências familiares.

Concordo com Pierron (2009) quando elenca a idéia de família como escola de capacidades. Seria possível dissociar família e subjetividade ao

tratarmos daquilo que constitui o humano? O convívio familiar produz marcas no desenvolvimento do sujeito.

A família pode então se constituir como ambiente continente, facilitador da construção da maternidade? Destacam as concepções de família como sendo alicerce, base, ancoragem, proteção, união, porto seguro, um lugar para voltar quando as coisas saem errado, dentre outros. Isso demarca a função da família de operar como instância capaz de conter angústias, conflitos interpessoais, rupturas e crises.

Sendo a condição humana uma condição familiar, segue-se a idéia de Pierron (2009), de que família é aquilo que nós definimos como “os nossos”, ou seja, em que se demarca uma filiação, uma origem, um conjunto de traços, histórias, conflitos, semelhanças e diferenças no seio do qual nos reconhecemos. Ele enfatiza família como um meio dinâmico cuja biologia não esgota a sua totalidade e o universo simbólico garante a complexidade dos seus sentidos e valores.

A família também se assemelha, metaforicamente a um baú no qual se guardam panos rotos, retratos amarelados, roupas velhas, caixinha de música que não canta mais, brinquedos quebrados. Abriga, e de modo mais relevante, segredos, desejos, lembranças, restos e fantasmas familiares que vêm à tona em guerrilhas inconfessáveis. (MEIRA, 2003). A família não tem concerto? Rodopiam-se os discursos de família harmoniosa, *clichê*. Mas, em geral, toda família é atravessada por questões que dividem os seus membros: entram em cena os discursos, os laços familiares, as impossibilidades, as insatisfações, os engodos, as faltas, os vazios. Quando se fala de família algo da subjetividade de quem fala é colocada em relevo, denunciando o romance familiar e suas tramas.

As concepções de família nos apontam claramente a não delimitação rígida de papéis da família contemporânea e as ressonâncias disso na vida de cada membro dessa nova ordem simbólica familiar.

Aponta-se a perspectiva do afeto e sua interferência no processo histórico que se coaduna com as concepções de conjugalidade, casamento e família no tempo atual. Reafirma-se seu impacto e valor legitimado na idéia de família livremente escolhida.

O afeto regula a possibilidade de união de um casal pela premissa do vínculo, destituindo o valor de propriedade, de acúmulo de bens como

historicamente eram concebidos os casamentos. Deste modo, a afeto ou o amor foi responsável pela nova concepção da individualidade. O problema do individualismo seria um impasse dentro da modernidade?

A partir desta discussão, elucida-se que antes de tudo, a família é moderna porque é afetiva. Uma conquista histórica que altera os padrões de nupcionalidade e tão logo, em seguida, de família. Observa-se que a análise da conjugalidade fronteira com o entendimento das formas de amor conjugal. O amor estaria no escopo daquilo que regula o individualismo e as relações sociais. As tensões, os conflitos que emanam destas relações são inerentes ao afeto, dado sua natureza polimorfa. (ABOIM, 2009).

A partir desta explanação a autora sugere a problemática: Como esta polimorfia (o amor-paixão, o amor-puro) se entrecruza na conjugalidade? Como os afetos conjugais resistem ao passar do tempo e de que modo se localizam em determinados grupos sociais? Observamos um embate entre a conjugalidade e o individualismo, como proceder pontos de interseção entre estes? O que se descobre é uma pluralidade das semânticas afetivas através dos discursos femininos em diferentes camadas sociais. As conclusões apontam para a pluralidade de orientações amorosas na conjugalidade (do amor, paixão, amizade e suas variáveis configurações). Vê-se ainda a presença indelével do romantismo como código amoroso do “apaixonamento” na conjugalidade. As trajetórias afetivas também seguem caminhos bastante diversos, vivenciado como processo dinâmico, sujeito às intempéries do tempo, da cena social, do cotidiano da conjugalidade. (ABOIM, 2009).

Observa-se na literatura esta intersecção entre a conjugalidade e a individualidade. (SILVA, 2012). A partir desta congruência surge outro aspecto relevante, a saber, a satisfação conjugal. A satisfação conjugal está atrelada ao ajustamento do casal e sua regulação com micro e macro contextos. Desse modo, esta perspectiva teria relação com a qualidade conjugal e a durabilidade dos vínculos. Pode-se atribuir, deste modo, que a estabilidade conjugal se articula diretamente com os fatores que afetam a decisão de ter filhos do casal parental.

A valorização da conjugalidade na contemporaneidade está alicerçada, como se vê, à condição de fonte de satisfação para o sujeito. Desatrelada da obrigação de ter filhos, a meta hoje não é casar para constituir família, mas para satisfação pessoal.

Se a conjugalidade nos tempos atuais está desligada parcialmente da maternidade qual a relevância de estabelecer um contraponto entre esses dois elementos neste trabalho? Alguns dados de literatura fazem brecha nesta afirmativa e denuncia as consequências desses novos arranjos sociais na vida da mulher.

Pesquisas sobre a vulnerabilidade materna frente às novas demandas sociais asseguram que a taxa de mortalidade materna é maior em mulheres solteiras. (KALE, COSTA, 2009; ALVES, 2007, apud. VIANA, NOVAES, CALDEIRON, 2011). No Brasil, o Relatório da Câmara dos Deputados em 2001 sobre a CPI da Mortalidade Materna, no Capítulo III, divulga o perfil das vítimas de morte materna e o item *estado civil* aparece como elemento relevante nesse processo: 62,9% das vítimas de morte materna são declaradas como solteiras. A presença do companheiro tem sido interpretada na literatura como a possibilidade de maior suporte emocional e apoio material no período da gravidez. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000; LEITE et al, 2011).

Estes dados alertam, entre outras conexões, para a condição do desamparo na maternidade, para a falha do ambiente como operador de segurança e continência à mulher e levanta questões associadas à conjugalidade: estado civil e convivência marital. (VIANA, NOVAES, CALDEIRON, 2011).

Sabe-se que a maternidade não se resume a uma mera conexão biológica entre a mãe e o seu bebê, mas que se apresenta como uma relação que exige da mulher cuidados singulares e constantes para com esse bebê e suas demandas, que perdura por um longo tempo de dependência (FREUD, 1914; BADINTER, 1985).

“A mãe, a partir de sua condição de faltante, toma o bebê como objeto privilegiado de seu desejo. Condição que lhe permite suportar, nos gritos e choros do mesmo, uma demanda endereçada a ela, colocando o bebê como um interlocutor ativo de suas falas e atos através da suposição de que ele entende o que ela lhe diz. Assim, para que a função materna produza uma inscrição significante¹³, é necessário que haja uma particularização dos cuidados na relação do outro com a criança. O que implica uma diferença radical entre isso que é da ordem de um universal – a maternagem – e aquilo que é da ordem do singular – a função materna”. (KAMERS, 2004, p. 43).

¹³ “Termo introduzido por Ferdinand de Saussure (1857-1913), no quadro de sua teoria estrutural da língua, para designar a parte do signo linguístico que remete a representação psíquica do som (ou imagem acústica), em oposição à outra parte, ou significado, que remete ao conceito. Retornado por Jacques Lacan como um conceito central em seu sistema de pensamento, o significante transformou-se, em psicanálise, no elemento significativo do discurso (consciente ou inconsciente), que determina os atos, as palavras e o destino do sujeito, à sua revelia e à maneira de uma nomeação simbólica”. (ROUDINESCO, E. 1998, p.708).

A particularização do interesse da mãe nos cuidados que ela dedica a seu filho é o que faz do vínculo mãe-filho não apenas um vínculo fundamental, estruturante, mas estruturante na medida em que ele é único. Os cuidados maternos, aparentemente universalizáveis – a alimentação, a higiene etc. – só têm importância na medida em que há essa particularização, na qual cada criança é marcada por um lugar específico na economia do desejo da mãe. Se não fosse assim, como seria possível à mãe suportar na criança demandas, vontades, desejos e, em si mesma, a capacidade de interpretar essas supostas demandas? (FARIA, 2001, p. 125).

A maternagem e a função materna abrem espaço para pensarmos a necessidade de amparo à mulher no período gravídico-puerperal e que a falha desses operadores (presença do companheiro, apoio familiar e suporte micro e macrossocial) podem repercutir negativamente nesta experiência.

Rodrigues (2008) refere que a maternidade quando indesejada, torna-se um dilema para as mulheres que podem sucumbir à depressão tendo em vista que, o aporte e estrutura psicológica nem sempre são eficientes para contornar favoravelmente esta experiência.

“As mulheres que não contam com apoio afetivo do companheiro, da rede de parentesco, dos empregadores e do Estado, ficam desesperadas e procuram eliminar o recém-nascido percebido como ilegítimo ou inoportuno, o que pode desencadear punição severa, além do sofrimento pessoal” (p.21).

Raphael-Leff (2000) e Maldonado (1997) corroboram a afirmativa acima quando anunciam que a experiência da maternidade é considerada um período de vulnerabilidade psíquica que pode desencadear desde um desfecho patológico como uma fase potencial de resolução de conflitos. Agregar a esta experiência já difícil as intempéries do mundo hipermoderno recoloca a questão da fragilidade dos vínculos.

A falha da rede de apoio nos remete à condição de desamparo, anteriormente discutida, presente na contemporaneidade, dada liquidez dos vínculos e fragilidade dos laços afetivos.

O desamparo é uma palavra cuja concepção pressupõe a necessidade premente de um outro: o bebê quando nasce está desaparelhado para sobreviver sem a ajuda de um outro, no caso a mãe. Do mesmo modo, a constituição de um ambiente continente às angústias maternas advindas desta relação simbiótica com seu bebê, exige a presença de um outro que torne possível esta experiência, que seja anteparo das excitações poderosas com as quais a mãe terá que lidar. (Menezes, 2008).

O apoio marital ou o apoio do pai da criança tem sido amplamente indicado na literatura como auxílio importante no período gravídico-puerperal para o desenvolvimento da função maternal. As teorias psicológicas também sustentam largamente a relevância da função paterna para o desenvolvimento saudável do bebê. (WINNICOTT, 1971; BRAZELTON, CRAMER, 1992; SZEJER, STEWART, 1997; MALDONADO, 1997; FELICE, 2006).

Segundo Winnicott (1971) a percepção de ser amada como mulher pelo pai do bebê assegura um ambiente promissor para o desenvolvimento dos cuidados maternos dirigidos à criança. A construção deste ambiente favorece ainda o zelo obstétrico no pré-natal, perfazendo um continuum de cuidados, que colaboram para a saúde da mulher e do bebê. A mulher amparada por este parceiro estaria também atenta às necessidades de cuidado de sua condição de saúde durante a gestação, o que possivelmente diminuiria os riscos de complicações durante o parto e o puerpério.

Brazelton (1988) define o papel do pai como de suporte à mãe, cujo auxílio permitiria que esta percebesse o bebê como um uma unidade dissociada de si mesma, num corte fusional simbólico. Auxiliaria ainda no desenvolvimento da capacidade materna em amamentar ou alimentar a criança.

Marin et al (2011) em concordância com Brazelton (1988) afirma que a presença do pai e o reconhecimento de que este bebê também é produto do seu desejo fortifica a mãe na divisão da responsabilidade do cuidado e desenvolvimento do bebê, considerando de bom grado os seus êxitos e fracassos com a criança, o que viabiliza que esta mãe possa exercer seu novo papel tolerando satisfatoriamente os sentimentos ambivalentes de culpa, incapacidade e ansiedade inerentes à esta experiência.

Marin et al (2011) reúne em seu artigo intitulado “*A constituição da maternidade em gestantes solteiras*” um conjunto de pesquisas nacionais e internacionais que demonstram a peculiaridade da gestação de mulheres cujo apoio marital ou do pai da criança foi negado. Os resultados da revisão de literatura apontam para uma vivência negativa da maternidade. Dado esta constatação, enveredaram um estudo com 81 gestantes primíparas, de 19 a 28 anos de idade, com boa saúde e que assumiram o compromisso solitário com a maternidade, cuja presença do pai da criança foi declinada ou de uma figura substituta. O estudo envolveu várias fases de coleta de dados: da gestação aos 07 anos de idade das

crianças. O objetivo central era investigar os aspectos subjetivos e comportamentais da relação pai-mãe-bebê, assim como o impacto desta ausência no desenvolvimento da criança e sua interação com sua rede familiar e social (elegu-se a escola como ambiente socializador).

A análise dos dados deste estudo foram divididas em 04 categorias, a saber: 1. Sentimentos em relação às transformações corporais; 2. Sentimentos em relação às transformações psicológicas; 3. Sentimentos em relação ao apoio recebido; 4. Sentimentos em relação ao tornar-se mãe. Os resultados apontam para uma experiência de maternidade mais sofrida e difícil. O apoio da família surge como um aspecto positivo, entretanto, não partilhado por todas as mulheres do estudo. As transformações no corpo e as mudanças psicológicas foram vivenciadas com afeto intenso. Os autores sustentam, a partir desses resultados, que ser mãe solteira constitui tarefa árdua, dado sobrecarga de papéis e de funções. Vejamos:

“É possível pensar que ser mãe solteira pode implicar em uma sobrecarga de tarefas e é preciso que equipes de saúde estejam atentas a essa situação, em especial na gestação e também nos primeiros anos de vida da criança, em que o apoio social tende a ser ainda mais relevante. Isto se faz particularmente necessário em situações de carência econômica, social e afetiva, que podem exacerbar, expressivamente, as dificuldades encontradas pelas mães solteiras. Espera-se que esse estudo desperte nos psicólogos e demais profissionais de saúde o interesse pelo assunto para que se dediquem ao relevante trabalho de acompanhar as mães, especialmente as solteiras que podem apresentar alguns riscos com relação à construção da sua maternidade. Porém, a falta de comprometimento do pai não pode ser entendida como um determinante para um fracasso na relação mãe-bebê e/ou no desenvolvimento da criança. Isso irá depender de como a mãe vivencia a falta do pai e a transmite para o filho. O importante é que a função paterna seja preservada pela mãe e transmitida, de alguma maneira, ao filho, pois assim ela até mesmo poderá ser exercida pelo próprio pai ou por um substituto, mantendo a distinção entre maternidade e paternidade”. (MARIN, et.al, 2011, p. 252-253).

Felice (2006) em seu livro “*Vivências da maternidade e suas consequências para o desenvolvimento psicológico do filho*” dedica um capítulo para tratar da relação conjugal. Assegura que a maternidade e a relação mãe-bebê não podem ser desarticuladas da relação da mulher com o seu companheiro ou pai da criança. Afirma:

“Quando assim acontece a maternidade revela-se uma experiência narcísica para a mãe e a relação mãe-filho desenvolve-se sobre bases patológicas... A figura do pai da criança deve fazer parte do mundo mental da mãe, que assim o inclui na relação mãe-filho, tanto de forma concreta como simbólica”. (p. 211).

É importante ressaltar que a presença do parceiro ou do pai da criança ou mesmo de seu substituto se ancora na perspectiva de uma medida simbólica, não necessariamente da presença física concreta. Mas, da possibilidade desta mulher poder contar com as insígnias que demarcam esta função.

Encontraremos na literatura psicanalítica referências da função paterna no desenvolvimento da criança, mas geralmente enfatizadas como secundárias em comparação ao papel materno. Badinter (1985) nos demonstra essa proposição:

“A psicanálise nunca deixou de afirmar a heterogeneidade das funções paterna e materna. Nesse ponto específico, o essencial de suas proposições não variou muito desde a sua origem, mesmo que aqui e ali observemos modificações de vocabulário. Aos olhos de Freud e de seus sucessores, a mãe simboliza antes de tudo o amor e a ternura, e o pai, a lei e a autoridade. Mas, se não se cessou de falar sobre o devotamento materno, pouco se mencionou o papel cotidiano do pai. Era uma verdade incontestada que a mãe desempenhava o papel essencial junto ao filho durante os primeiros meses, ou até durante os primeiros anos de sua vida”.(p.314)

Bowlby (1990) afirma que a presença do pai, junto à mulher oferece à criança uma base segura que permite o desenvolvimento da saúde mental da criança. A partir desta base a criança teria boa capacidade para explorar o mundo exterior com segurança. Esta confiança oportunizaria que a criança obtivesse estabilidade emocional para correr riscos, viver oportunidades satisfatoriamente.

Apesar da ênfase sobre a primazia da mãe, Winnicott dedica seu estudo também ao papel paterno e, diferentemente da tradição freudiana, compete ao pai tarefas que ultrapassam a condição de interditor e representante da lei. (Rosa, 2009).

Para Winnicott (1949) o pai seria o principal agente de sustentação da dupla mãe-bebê. A sua presença qualifica o ambiente favorável ao desenvolvimento da preocupação materna primária, sustentando e protegendo a mulher das interferências externas. Neste propósito, o colo oferecido pela mãe ao seu bebê tem participação indireta do pai. A presença do pai oferece segurança à mãe no exercício da maternagem. Vejamos nas palavras do autor:

“O pai pode ajudar a criar um espaço em que a mãe circule a vontade. Adequadamente protegida pelo seu homem, à mãe é poupado o trabalho de ter que se ocupar das coisas externas que aconteçam à sua volta, numa época em que ela tanto precisa concentrar-se, quando tanto anseia por preocupar-se com o interior do círculo formado pelos seus braços e no centro do qual está o bebê”. (p. 27).

Winnicott (1987) assinala que a presença marital cria uma manta simbólica que envolve a mulher e a protege do desamparo inerente à maternidade. E, neste propósito, o autor alerta que:

“certamente algo acontece às pessoas quando elas se vêem confrontadas com o desamparo que supostamente caracteriza o bebê. [...] Poderíamos quase dizer que as pessoas que cuidam de um bebê são tão desamparadas em relação ao desamparo do bebê quanto o bebê o é. Talvez haja até mesmo um confronto de desamparos”. (p. 91)

Em diversos momentos de sua obra, Winnicott faz referência ao desamparo materno (ROSA, 2009) refutando a importância do papel do pai de asseguramento da função desempenhada pela mulher no cuidado do bebê. Vejamos uma dessas passagens:

“É importante, embora óbvio, notar que, estando a mãe no estado que descrevi, ela se torna uma pessoa muito vulnerável. Nem sempre isso se nota, devido ao fato de em geral haver algum tipo de proteção estendida em torno da mãe, proteção esta organizada talvez por seu marido... é no caso de uma ruptura das forças protetoras naturais que se constata o quão vulnerável é a mãe”. (1965, p. 23)

Associa, ademais, que os habituais distúrbios mentais do puerpério que acometem a mulher se associam, não incomumente, a uma ruptura desta cobertura protetora. Para Winnicott, quando este falha ocorre “pode ficar difícil às mães se voltarem para dentro e esquecerem de todos os perigos externos, e, assim sendo, elas dificilmente chegam a atingir o estado de preocupação materna primária” (WINNICOTT, 1965, p. 23).

Winnicott (1949n) assinala que o pai não é o único componente na estruturação do ambiente continente às angústias maternas, sublinha que o obstetra, o pediatra e outros membros da família podem vir a constituir uma rede de acolhimento e favorecer a segurança desejável às mulheres nesse período. Além destes agentes, outras condições também colaboram para esta estabilidade materna, entre eles, condições relacionadas ao ambiente social no qual estão inseridos como moradia, sentimento de pertencimento, dentre outros. Em resumo, defende-se que os laços sociais podem ser um fator decisivo na formação da função materna e alterar significativamente a relação da mulher com o bebê, bem como sua construção sobre a experiência da maternidade.

Sem negar a importância desses agentes de sustentação e proteção, Winnicott (1945i) compreende que o apoio do pai da criança ou o marido imprime valor especial e diferenciado, visto que a natureza da relação do casal, a cumplicidade no projeto parental, a divisão da responsabilidade em relação a educação e provisão dos filhos, marcam singularmente dinâmica familiar do casal. Complementa Rosa (2009) “é o pai que, em última instância, ocupa o papel *princeps* de dar *holding* à mãe, especialmente durante todo esse período em que ela está cuidando do desamparo de seu bebê”. (p. 68).

Temos em Winnicott a perspectiva de que a presença do pai modula a qualidade do ambiente que favorece o desempenho da função materna. O sentimento de desamparo ou de desproteção experienciada pela mulher pode decorrer de falhas deste operador. Nesta perspectiva, o apoio marital ou do pai da criança coloca em jogo a qualidade do “colo materno”, de modo conjunto e interdependente. O colo materno reuniria, desse modo, o potencial materno de cuidado somado à provisão paterna, que assegura a mulher no desenvolvimento do ambiente que o bebê habita. Dito isto, faz-se relevante afirmarmos que a ausência do pai ou mesmo a precariedade da sua presença no cuidado desta mãe-mulher pode claudicar e por em risco o colo que é oferecido ao bebê.

Golse (2003) refuta esta preocupação quando afirma que, “a história do sujeito é fundamentalmente uma co-construção” (p. 74). Marcando, assertivamente, que toda criança necessita de uma história relacional para fomentar a base da sua constituição. Esta base irá permitir que o pequeno infante se inscreva numa dupla filiação – materna e paterna – e se aloje no interior de um grupo familiar.

“A parentalidade se fabrica com ingredientes complexos. Alguns deles são coletivos [...]. Outros são mais íntimos, privados, conscientes ou inconscientes, pertencem a cada um dos pais enquanto pessoas, enquanto futuros pais, pertencem ao casal à própria história familiar do pai e da mãe. Aqui está em jogo o que é transmitido e o que é escondido, os traumas infantis e a maneira com a qual cada um os contém. E depois, há toda uma série de fatores que pertencem à própria criança, ela transforma seus genitores em pais”. (Moro [2002] 2004, p. 01).

A presença marital ou do pai da criança, como se vê, contorna duas funções: de esteio e amparo para a mulher no período gravídico-puerperal e no desenvolvimento da maternagem, bem como, opera como elemento também fundante do desenvolvimento psicológico da criança. O desamparo desta função na

contemporaneidade pode produzir complicações gestacionais e outros agravos dado vulnerabilidade psíquica da mulher e exigências sócio-culturais que impõe ao feminino a conjunção de múltiplos papéis externos ao lar e ao cuidado dos bebês.

A literatura marca, de modo contundente, que a presença de um outro (pai, marido, Estado, rede microssocial) interessado na realização do projeto parental pode atenuar as exigências sociais e sobrecarga psíquica vivenciadas pela mulher em sua trajetória reprodutiva.

Alerta-se, sobretudo, que a necessidade desta presença não seja entendida exclusivamente pela 'figura do pai', 'marido ou parceiro' desta mulher, ou mesmo que a ausência seja assertivamente um determinante de falha para a maternidade ou para o desenvolvimento deste bebê. Trata-se de reguladores simbólicos, da modulação inconsciente de cada mulher em relação a esses agentes sustentadores, internos ou externos, e o seu uso no interjogo da maternidade¹⁴. O contrário disso incorreria no apelo à conformação dos filhos pela via do casamento e da estabilidade do casal conjugal, premissas cada vez mais em desuso na contemporaneidade e em dissonância com a proposta deste trabalho.

Dito isso, torna-se premente discutir os reguladores que amparam a saúde materna no nosso tempo.

¹⁴ Este assunto será retomado no subcapítulo que trata das contribuições do profissional de psicologia à saúde materna.

3 A SAÚDE DA MULHER E A MEDICINA

3.1 A SAÚDE DA MULHER: A EVOLUÇÃO DE CUIDADOS NOS TEMPOS ATUAIS

De maneira geral, em todas as partes do mundo, existe um árduo esforço para reduzir as complicações relacionadas à gravidez, ao parto e ao puerpério. (VIANA, NOVAES, CALDEIRON, 2011). Apesar de este assunto ser prioridade de órgãos internacionais engajados no desenvolvimento das populações, este problema não conseguiu alcançar o sucesso esperado em comparação as outras áreas do desenvolvimento humano. (VIANA, NOVAES, CALDEIRON, 2011; UNICEF, 2009).

“Dar à luz um filho continua sendo um dos riscos de saúde mais sérios enfrentados pelas mulheres. Em média, 1.500 mulheres morrem a cada dia devido a complicações relacionadas à gravidez e ao parto – a maioria delas, na África ao sul do Saara e na Ásia Meridional”. (UNICEF, 2009, p. 2).

“Embora o número global de mortes de menores de 05 anos tenha caído de maneira consistente – de cerca de 13 milhões, em 1990, para 9,2 milhões, em 2007 -, o número de mortes maternas permaneceu inflexivelmente renitente. (UNICEF, 2009, p 4).

Frente a este cenário, a Organização Mundial de Saúde (OMS), estabeleceu metas e soluções para melhorar a saúde materna. Trata-se de um conjunto de esforços sintetizados pelo 5º Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM5) que visa: 1. Reduzir em 75% até 2015 a taxa de mortalidade materna¹⁵ encontradas em 1990; 2. Atingir acesso universal à saúde reprodutiva até 2015. Os indicadores eleitos para acompanhar os progressos em direção a ODM5 seriam: taxa de prevalência de anticoncepcionais (percentual de mulheres e adolescentes entre 15 e

¹⁵ “A mortalidade materna é definida como a morte de uma mulher durante a gravidez ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente de local e duração da gestação, provocada por qualquer causa relacionada ou agravada pela gestação ou por seu gerenciamento. As causas de morte podem ser divididas em causas diretas – relacionadas a complicações obstétricas durante gestação, trabalho de parto ou período pós-parto – e causas indiretas. Há cinco causas diretas: hemorragia, sépsis, eclâmpsia, obstrução durante o trabalho de parto e complicações causadas por abortos. As mortes obstétricas indiretas ocorrem devido a condições previamente existentes ou a condições que surgem durante a gestação, que não estão relacionadas a causas obstétricas diretas, mas que podem ser agravadas pelos efeitos fisiológicos da gestação, como: HIV e AIDS, malária, anemia e doenças cardiovasculares”. (WHO, 2007, apud UNICEF, 2009, p.7).

49 anos que têm vida sexual ativa e fazem uso de métodos contraceptivos); taxa de partos entre adolescentes (número anual de partos de mulheres nesse grupo etário); cobertura de atendimento pré-natal (índice de mulheres entre 15 e 49 anos de idade¹⁶ atendidas pelo menos uma vez por agentes especializados e porcentagem de mulheres atendidas por algum centro provedor por no mínimo quatro vezes); e necessidades de planejamento familiar não atendidas (refere-se a mulheres em idade fértil e ativas sexualmente, mas que não fazem uso de contracepção e que não desejam ter mais filhos ou pelo menos desejam postergar o nascimento do próximo). (GLASIER, A. et. al., 2004 apud UNICEF, 2009).

O período gravídico-puerperal comumente é apreendido como um momento de alegria e comemoração. O ambiente favorável para uma maternidade, gestação e parto seguros depende de uma conjunção de cuidados dispensados à gestante e aos recém-nascidos pela família, pela rede social e por um sistema de saúde eficiente em micro e macro escala.

O asseguramento deste ambiente que legitima os direitos e o status social da mulher é ainda incipiente, especialmente em países em desenvolvimento, como o Brasil. (UNICEF, 2009). A mídia escalona diariamente notícias de gestantes que pariram na porta da maternidade por não haver vaga disponível, sem o mínimo cuidado de higiene e apoio técnico e emocional, ou mesmo escuta-se nos corredores do hospital histórias de gestantes que não foram respeitadas durante o parto com comentários depreciativos da equipe sobre seus gritos de dor ou no manuseio excessivo e rigoroso dos toques genitais para verificar dilatação vaginal. Estas ilustrações somam-se a falha estrutural dos nossos equipamentos de saúde que não garantem acesso universal às mulheres aos serviços essenciais do pré-natal e outros cuidados básicos. (BRASIL, 2001b; UNICEF, 2009).

“Com base em dados de 2005, o risco de morrer por complicações relacionadas à gravidez e ao parto no caso de uma mulher que vive em um país menos desenvolvido é, em média, mais de 300 vezes maior do que no caso de uma mulher que vive em um país industrializado. Nenhuma outra taxa é tão desigual”. (UNICEF, 2009, p. 2).

¹⁶ Na literatura internacional considera-se a faixa etária de 15 a 49 anos para definir a mulher em idade fértil. No Brasil, a faixa considerada para esta definição é de 10 a 49 anos de idade. (LAURENTI, MELLO-JORGE, GOTLIEB, 2000).

Estima-se que mais de 500.000 mulheres morrem em todo mundo de problemas relacionados à gravidez e ao parto (WHO, 2007 apud UNICEF, 2009). Observa-se ainda que, para cada morte materna no mundo, outras 20 mulheres sofrem devido a doenças decorrentes da gravidez ou mesmo sobrevivem com lesões, infecções e deficiências relacionadas ao parto, cujas sequelas permanecem por toda a vida. (NANDA, GEETA, KIMBERLY SWITLICK, ELISABETH LULE, 2005 apud UNICEF, 2009). Mais surpreendente do que as taxas de mortalidade materna e seus complicadores aqui apresentados é o resultado das pesquisas da área: aproximadamente 80% das mortes maternas poderiam ter sido evitadas se as mulheres tivessem acesso a um sistema de saúde eficiente. (WESSEL, HANS et. al. 1999; BARTLETT, LINDA A., et.al, 2005; KILPATRICK, SARAH J., et. al., 2002; apud. UNICEF, 2009).

A classificação precisa das causas de morte materna por causas diretas ou indiretas, acidentais ou incidentais, se configura num desafio. Justifica-se que a medição da taxa de mortalidade materna¹⁷ depende de informações precisas “sobre a causa da morte, sobre o *status* da gestação ou sobre o momento da morte em relação à gestação” (WHO, 2007 apud UNICEF, 2009, p. 7). Em diversos países a medição destas taxas conta com modos de registros irregulares e estatisticamente precários.

“A não investigação da paridade da mulher e o não preenchimento dos respectivos campos no atestado de óbito podem, também, dificultar a identificação dos casos de morte materna. Este erro no preenchimento é decorrente de vários fatores, entre eles, assistência médica inadequada no momento do óbito, incluindo falta de atendimento na área de ginecologia e obstetrícia, óbitos que ocorrem em unidades de emergência, de terapia intensiva e de clínica geral e declaração de óbito preenchida por profissional que não prestou a assistência à mulher” (VIANA, NOVAES, CALDEIRON, 2011, p. 146).

Além disso, outros fatores se somam: partos que ocorrem em casa dificultam estabelecer a causa da morte, sistemas de registro de nascimento podem estar incompletos ou com atribuições de causa morte inadequadas e, por fim, o advento da medicina moderna que assegura meios artificiais de vida para mulheres em

¹⁷ “As estatísticas de mortalidade materna são consideradas indicadores ouro da saúde da população feminina e orientam as políticas públicas na criação dos dispositivos essenciais de saúde e estratégias de prevenção para redução dos riscos e dos índices apresentados por aquele país, região ou comunidade. (VIANA, NOVAES E CALDEIRON, 2011).

Unidades de Terapia Intensiva no pós-parto para além do período de 42 dias. (WHO, 2007 apud. UNICEF, 2009).

Considerando esta realidade diversas agências mundiais vêm colaborando para sustentar meios mais eficientes de coleta de dados sobre estimativas da morte materna. A precisão nestes dados colabora para políticas de saúde mais abrangentes que visam melhorar a saúde materna e garantir a importância da mulher. (WHO, 2007 apud UNICEF, 2009).

No entanto, a saúde materna não se restringe ao asseguramento da vida das gestantes e mães. Para alcançar a melhoria das condições de saúde da mãe e do recém-nascido, considerando que estão intrinsecamente interligados, buscam-se soluções integradas de cuidados primários de saúde que não devem se restringir ao ciclo gravídico-puerperal. A idéia nuclear pode ser caracterizada por um *continuum* de cuidados representados por sistemas de saúde essenciais e eficazes, em momentos relevantes do ciclo de vida da mulher e da criança, ancorados por um ambiente que funcione como continente às necessidades desta população. (UNICEF, 2009).

Os momentos relevantes na vida da mulher e da criança considerados nesse propósito inclui o período que precede a gravidez, o parto e o pós-parto, o período neonatal, o primeiro ano de vida e a infância. O fator que corresponde aos *serviços essenciais* inclui cuidados básicos de saúde, com qualidade, nutrição satisfatória e instalações com práticas de assepsia. Almeja-se que a família e a comunidade sejam alvo de prestação de serviços de saúde em lócus, sem que seja necessário ir até os centros especializados de saúde. E, por fim, estrutura-se como crítico a construção de um ambiente de apoio à mulher e à criança cujos direitos sejam respeitados, “acesso a educação de qualidade, estrutura de vida adequada, proteção contra abuso, exploração, discriminação e violência; participação igualitária na vida doméstica, comunitária, social e política; aumento do poder da mulher; e maior envolvimento dos homens nos cuidados dedicados às mulheres e às crianças”. (UNICEF, 2009, p. 27).

A ampliação dos cuidados médicos, deve-se ressaltar, é apenas uma das intervenções para a melhoria da saúde materna e neonatal. Outros reguladores devem ser considerados. Os altos índices de mortalidade materna apontam para o mal-estar instaurado em diversas culturas sobre o lugar social da mulher. (UNICEF, 2009).

“A garantia de um contexto social de apoio aos direitos das mulheres e das meninas também é fundamental para a redução da mortalidade e da morbidade de mães e bebês. Sem que os direitos das mulheres e das meninas sejam respeitados no contexto social em que vivem, os esforços para ampliar as intervenções de saúde de modo a enfrentar as causas imediatas de mortes e saúde precária de mães e bebês, e para reduzir os índices de subnutrição materna, conter as doenças infecciosas e melhorar as instalações e as práticas de higiene terão sucesso apenas parcial. [...] A expansão da oferta de serviços pode resultar insuficiente caso seja negado às mulheres e às meninas o acesso a bens ou serviços essenciais em função de impedimentos de ordem cultural, social ou familiar.” (UNICEF, 2009, p.15).

Como se observa, a experiência da gestação, parto e maternidade encerram um estado psicoafetivo peculiar que não pode ser considerado patológico *a priori*, mas que se relaciona fronteiriçamente com esses estados, tornando complexos os cuidados de saúde para esta população.

Aponta-se que além das causas diretas de morbidade e mortalidade materna e neonatal, outros elementos devem ser considerados nesse processo. A literatura descreve fatores sociais como idade, escolaridade, condição sócio-econômica, raça, etnia, escolaridade, estado civil, cuja correlação demarca populações mais suscetíveis a riscos e complicações obstétricas. (VIANA, NOVAES, CALDEIRON, 2011).

Diversas pesquisas apontam a relação nível de instrução / acesso à educação formal como fator que protege as mulheres de riscos potenciais de saúde. (WHO, 2007 apud UNICEF, 2009). Mulheres / mães instruídas estariam mais preparadas para provimento financeiro das suas famílias, com probabilidade aumentada de investir em cuidados de saúde, nutrição e educação para crianças e propensas a defender melhorias para a localidade que vive. Apresentam também resultados acerca da educação interferir na postergação do casamento evitando o risco de engravidar na adolescência, reduzindo o risco de complicações obstétricas e risco de morte durante o parto. (UNICEF, 2009; VIANA, NOVAES, CALDEIRON, 2011).

Segundo o Relatório sobre os Objetivos do Milênio 2007, “84% das mulheres que concluíram a educação secundária ou superior são atendidas por agentes de saúde especializados durante o parto, taxa duas vezes maior do que aquela para mães sem educação formal” (UNICEF, 2009, p.11).

O Relatório sobre a Situação Mundial da Infância (2009) também aponta causas de mortalidade materna e neonatal que não correspondem apenas a fatores médicos. Vejamos:

“[...] Entre esses fatores estão a educação precária e a falta de conhecimentos; procedimentos inadequados de busca de cuidados e de práticas de saúde para o atendimento de mães e recém-nascidos; acesso insuficiente a alimentos nutritivos e a micronutrientes essenciais; instalações de saúde ambientalmente precárias; serviços inadequados de cuidados básicos de saúde e acesso limitado a serviços de maternidade – inclusive cuidados emergenciais obstétricos e para o recém-nascido. Existem ainda fatores básicos, tais como pobreza, exclusão social e discriminação de gênero que estão envolvidos nas causas diretas e subjacentes de mortalidade e morbidade materna e neonatal”. (UNICEF, 2009, p.15).

Observa-se na contemporaneidade a presença de comportamentos sociais que aumentam as chances de insucesso relacionadas à maternidade e à saúde da mulher. A exemplo, o adiamento da maternidade para faixa etária cada vez mais avançada, próximo do final do ciclo reprodutivo é considerada, em diversos estudos (KALE, COSTA, 2009; ALVES, 2007, apud. VIANA, NOVAES, CALDEIRON, 2011; Leite et. al, 2011) como fator que predispõe ao risco de óbito materno. Aponta-se que mulheres com mais de 35 anos de idade estariam mais propensas a este risco devido complicações hipertensivas. (KALE, COSTA, 2009; ALVES, 2007; RIQUELMO, 2006, apud. VIANA, NOVAES, CALDEIRON, 2011). Fernandez et al (2010) acrescenta em sua pesquisa que o risco de mortalidade materna nesta faixa etária extrema também ocorre por complicações relacionadas às técnicas de reprodução assistida. (apud. VIANA, NOVAES E CALDEIRON, 2011).

O parto cesáreo, cada vez mais frequente na contemporaneidade em detrimento do parto vaginal (também conhecido como parto normal ou natural), também é responsável por aumento nas taxas de morbidade e mortalidade materna. Diversos estudos apresentam fatores relacionados a este problema. O parto cesáreo quando comparado ao parto natural deixa a mulher mais suscetível a infecções, complicações decorrentes do uso da anestesia e tromboembolismo (THARAUX, et. al. 2006, apud. VIANA, NOVAES, CALDEIRON, 2011). Além dos fatores biomédicos, a falha do sistema de saúde como superlotação de hospitais, acesso não universal aos serviços essenciais no pré-natal, iatrogenias hospitalares que retardam o diagnóstico precoce e o tratamento adequado, colaboram para o aumento destas taxas. (KONGNYUY, MLAVA, BROEK, 2009; RONSMANS, GRAHAM, 2006, apud. VIANA, NOVAES, CALDEIRON, 2011; LEITE et. al. 2011).

Estes dados refletem a interferência de processos sociais na saúde da mulher em período reprodutivo e a ocorrência de óbitos maternos relacionados à condição de vida da mulher nos tempos atuais.

“A morte de uma mulher em idade fértil promove um impacto na família, na comunidade e na sociedade. Por ausência de medidas que avalie o bem estar feminino, a mortalidade materna continua sendo o melhor indicador da assistência à saúde da mulher. A mortalidade materna continua sendo uma epidemia que atinge os países em desenvolvimento e, em especial, as mulheres de classe econômica menos favorecida. Para redução destas mortes devem ser propostas medidas de prevenção, planejamento familiar abrangente, que impeça a ocorrência de gravidez indesejada, assistência pré-natal adequada, equipe qualificada para atendimento nas emergências obstétricas e vigilância no período puerperal”. (VIANA, NOVAES, CALDEIRON, 2011, p.150).

A observação clínica parece encontrar consonância na literatura médica que nos aponta dados estatísticos de uma incidência acentuada de partos prematuros nos tempos atuais. E, apesar do melhor conhecimento dos fatores envolvidos na parturição e dos recursos terapêuticos à disposição do obstetra para bloquear o trabalho de parto, a incidência de parto pré-termo não tem declinado nos últimos 50 anos. (OLIVEIRA, 2000).

A obstetrícia define como parto prematuro aquele que ocorre antes da 37ª semana de gestação, excetuando-se os abortamentos (que ocorrem antes da 20ª semana de gestação). Sua incidência, aumentada nos últimos anos pelo maior número de gestações gemelares devido às técnicas de reprodução assistida, é de 5 a 15% das gestações em países desenvolvidos, podendo chegar a 22% no Brasil, com metade desses sendo idiopático. Sua maior importância se deve ao fato de a prematuridade ser responsável por 70% da mortalidade neonatal e, aproximadamente, 50% de alterações neurológicas de longo prazo nos recém-nascidos acometidos. (SANTIAGO JR., FEITOSA, 2010).

Os trabalhos de Mann et al. e Arias e Tomich mostraram que cerca de 66 a 80% dos partos pré-termo são espontâneos. A prevenção da prematuridade eletiva exige a prevenção e/ou tratamento da pré-eclâmpsia, diabetes e outras doenças que levam à antecipação do parto. A prevenção do parto prematuro espontâneo, por sua vez, é um dos principais desafios do obstetra na assistência pré-natal. (OLIVEIRA, 2000).

A literatura tem constatado ainda que um vasto número de mulheres têm postergado o projeto parental e a primeira gestação para a 4ª ou 5ª década de suas vidas. (SCHUPP, 2006). A que se deve esse fenômeno? E quais as consequências desta posição feminina nos tempos atuais?

Observa-se a evolução deste fenômeno em escala mundial (BOTTING, DUNNELL, 2000 apud SCHUPP, 2006) e também em proposições alarmantes no Brasil, mais recentemente. Não somente os índices de nascimento vêm decrescendo como a média de idade materna vem progressivamente aumentando. Segundo PNDS (1996), os índices de fecundidade por idade têm diminuído com uma média geral de 2,3 filhos nascidos vivos e a proporção de mulheres gestantes após os 35 anos de idade encontra-se abaixo de 5%.

Para a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (RGO), considera-se primigesta idosa a mulher cuja gestação ocorreu após os 35 anos de idade. Sabe-se que a história reprodutiva é mais complicada à medida que aumenta a idade da mulher. Associa-se que a gestação após os 35 anos de idade apresenta risco aumentado para a saúde materna e neonatal (SCHUPP, 2006; PNDS, 1996).

A tese de doutoramento de Schupp (2006) traz um estudo sobre as gestações tardias e aponta os problemas médicos enfrentados por esta população. Especificamente aponta, no grupo controle pesquisado de 281 mulheres, a incidência aumentada de diabetes gestacional e doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) com percentual de 14,6% e 19,6%. Aponta ainda para o aumento, nesta população para o risco de abortamento (6%) e óbito fetal (1,4%). Outro fator observado se relaciona ao risco para malformação do feto e predisposição aumentada para recém-nascidos portadores de síndrome de Down e outras anomalias cromossômicas. Os resultados deste estudo entram em consonância com a vasta literatura publicada sobre no mundo. (BIANCO et al, 1996; SEOUND et al 2002; ZIADEH, 2002; CLEARY-GOLDMAN et al, 2005).

No Brasil, segundo o SINASC (2005) o índice percentual relativo às mulheres grávidas após os 40 anos de idade é de 1,75% em 1996 e 1,95% em 2002. Estes resultados ainda sofrem maiores variações se considerados alguns estados brasileiros isolados.

A evolução dos cuidados relacionados à saúde da mulher nos países em desenvolvimento, apesar dos esforços conjuntos, não se aproximam dos indicadores de saúde contemporâneos. Quando se aproxima esta lente da realidade brasileira vislumbra-se um cenário de muitas deficiências.

3.1 REALIDADE BRASILEIRA: POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

Ao discutir a condição de saúde da mulher brasileira faz-se, ao mesmo tempo, um recorte preciso sobre os modos de subjetivação, ou melhor, as formas de ver e de falar sobre as mulheres no nosso país.

No censo demográfico, as mulheres representam a maioria da população brasileira com 50,77%. São também as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) seja como alvo de cuidados ou como acompanhantes da sua rede micro e macrossocial, ou seja, família e comunidade (BRASIL, 2004).

No Brasil, somente a partir do século XX, a mulher foi incluída nos programas de atenção à saúde do governo. Nas décadas de 30, 50 e 70 esses programas eram circunscritos à gravidez e ao parto. Os programas federais estavam em consonância com o tempo sócio-histórico onde o papel da mulher era destinado ao espaço da procriação e da esfera privada, doméstica. Os cuidados voltados a essa população seguiam estratégias de proteção aos grupos de risco e em situação de vulnerabilidade, neste caso, crianças e gestantes. (BRASIL, 2004; HILLESHEIM, et al 2009).

A situação sociodemográfica brasileira demonstra as importantes transformações sofridas na estrutura e na dinâmica da população do país nas últimas décadas. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a taxa de fecundidade que em 1970 representava 5,8 filhos por mulher, passa em 2000 para 2,3. Estes números afetam a taxa de crescimento populacional do país. A população feminina brasileira foi projetada para 2003 em 89.800.471 pessoas, representando 50,77% da população, incluindo crianças. A população feminina acima de 10 anos (considera-se mulheres em idade reprodutiva entre 10 – 49 anos de idade), corresponde hoje a 58.404,409 e representam 65% do total da população feminina. Esses dados orientam as políticas de atenção à saúde da mulher. (BRASIL, 2004).

Dada a complexidade da realidade brasileira, multifacetada por natureza, as políticas de atenção à saúde devem considerar tal diversidade na formulação de suas práticas de cuidado e controle. Compreende-se a que a heterogeneidade, seja em relação às condições socioeconômicas e culturais, altera o perfil epidemiológico da população feminina em diferentes regiões do país. Contudo, tais peculiaridades

não serão abordadas neste trabalho por considerar pouco relevante para a finalidade deste estudo.

Como está a saúde da mulher brasileira? Ao conhecer este perfil teremos também um recorte da realidade social do papel da mulher hoje, dado que a saúde está diretamente associada à qualidade e ao modo de vida. Problemas sociais graves interferem ativamente no contexto de saúde, por isso a interlocução das políticas de saúde ao contexto socio-histórico vigente. (HILLESHEIM, et. al. 2009).

Para uma análise da condição de saúde da população, consideram-se as estatísticas sobre mortalidade. No Brasil, as principais causas de morte da população feminina são as doenças cardiovasculares; as neoplasias, especialmente câncer de mama, pulmão e colo de útero; doenças respiratórias; doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, especialmente a diabetes; e causas externas. (BRASIL, 2004).

Ao realizar um recorte dessa população, analisando apenas os casos relacionados à mulher em idade fértil (10 aos 49 anos), verifica-se que as causas mais comuns de morte são: acidente vascular cerebral, AIDS, homicídios, câncer de mama, acidente de transporte, neoplasia dos órgãos digestivos, doença hipertensiva, doença isquêmica do coração, diabetes e câncer de colo de útero. (LAURENTI, JORGE, GOTLIEB, 2002).

A mortalidade associada ao período gravídico-puerperal não está representado entre as 10 causas mais comuns, entretanto alerta-se para o fato de que 92% das mortes maternas poderiam ser evitadas. (BRASIL, 2004).

A mortalidade materna é um indiciador que norteia as condições de saúde da população de um país bem como o seu desenvolvimento de uma sociedade. Associa-se que elevadas taxas de mortalidade materna, definidas pelas Razões de Mortalidade Materna (RMM)¹⁸ indicam precariedade das condições socioeconômicas, escolaridade baixa, dificuldade de acesso aos serviços de saúde de qualidade e envolvimento das famílias em situações de violência. (BRASIL, 2004).

Dado essa realidade, a OMS reúne esforços para combater a mortalidade materna e neonatal. Em um estudo realizado em 1990 com mais de meio milhão de

¹⁸ Razão de Mortalidade Materna (RMM) corresponde ao número de mortes maternas obstétricas diretas e indiretas por 100.000 nascidos vivos. (VIANA, NOVAES, CALDEIRON, 2011).

mulheres em todo o mundo que morreram de eventos relacionados à vivência do gravidez, do parto e pós-parto, constatou que apenas 5% destas mulheres residiam em países desenvolvidos. Esses resultados refutam a idéia de que o cuidado e assistência às mulheres durante ciclo gravídico-puerperal estão diretamente relacionados aos problemas socioeconômicos do país onde residem. (COELHO, 2003).

No Brasil, as principais causas de mortalidade materna são a Hipertensão Arterial (HAS), as hemorragias, a infecção puerperal e o aborto, todas estas consideradas evitáveis desde que instituído cuidados pré-natais de qualidade. Em 2001, a RMM nas capitais brasileiras foi de 74,5 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. (BRASIL, 2003).

A partir de 1998 observou-se uma diminuição no número de óbitos maternos em internação obstétrica no SUS, de modo considerável, da correlação de 34,8 óbitos por 100.000 internações em 1997, para 28,6 em 2001. Contudo, a situação brasileira está longe do desejável quando se trata da RMM. Nos países desenvolvidos este indicador, onde a taxa de mortalidade materna varia de 06 a 20 óbitos por 100.000 nascidos vivos. (BRASIL, 2001a).

A redução na taxa de mortalidade (RMM) no Brasil ao longo das últimas décadas, fator que se deve à melhor estruturação da atenção obstétrica no país, às políticas de incentivo e ações do governo federal, ao planejamento familiar, bem como, na implantação de rotinas, no final da década de 90, para verificação e monitoramento desse fenômeno. Por exemplo, podemos citar o Sistema de Informação em Mortalidade (SIM); O Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC); e a inclusão na Declaração de Óbito (DO) de uma variante que permite a identificação de mulheres gestantes por ocasião do óbito e até um ano após o parto, considerado morte materna tardia. (BRASIL, 2001a).

De acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) cerca de 13% das mulheres grávidas não buscam atenção pré-natal. Dessas, 9% residiam em áreas urbanas, e 32% no meio rural. (PNDS, 1996). Este dado aponta para a dificuldade de acesso dos dispositivos de saúde da população em zonas distantes dos grandes centros urbanos. Demarca, sobretudo, uma deficiência do nosso Sistema Único de Saúde (SUS). Se as causas de morte no ciclo gravídico-puerperal em 92% podem ser evitáveis, como já dissemos neste trabalho, a precariedade da atenção obstétrica se apresenta como um problema importante de saúde pública.

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde é um problema, mas a qualidade deste também tem efeitos desastrosos para a mulher. De modo geral, a atenção ao parto e nascimento é atravessada por medicalização em excesso e intervenções de grande potencial iatrogênico, dado a prática abusiva da cesariana, o isolamento da gestante dos seus familiares, a avaliação e tratamento generalistas sem a identificação de necessidades individuais. Esses fatores estão ancorados pela literatura como colaboradores do aumento dos riscos maternos e perinatais. (BRASIL, 2001b; UNICEF, 2009).

Considerando que 70% das mulheres são usuárias do SUS (BRASIL, 2003), discutir a precariedade da atenção obstétrica nos ajuda a entender não somente o perfil epidemiológico deste fenômeno, como também um recorte da condição socioeconômica da mulher brasileira nos tempos atuais.

A partir da forte influência do movimento feminista brasileiro reivindicou-se atenção integral de saúde para a população feminina que ultrapassassem os cuidados relativos ao ciclo gravídico-puerperal. Marcavam-se as desigualdades no campo de direitos relativos ao homem e à mulher e as desigualdades sociais entre os sexos. Visavam-se ações que contemplassem as particularidades dos diferentes grupos populacionais e as questões sócio-históricas, culturais, econômicas e subjetivas presentes neste interjogo para a construção de políticas que abarcassem uma ampliação do cuidado em todos os ciclos da vida.

O resultado desta reivindicação culminou com a criação, em 1984, pelo Ministério da Saúde, do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), cujo cerne marca uma ruptura conceitual, relativa não somente aos norteadores de saúde da mulher, como também uma mudança relativa ao espaço social desta população. (BRASIL, 2004).

É de grande importância ressaltar que, no âmbito nacional, a saúde da mulher somente foi acrescentado às políticas públicas de saúde nas primeiras décadas do século XX, vinculando-se basicamente ao ciclo gravídico-puerperal.

Os programas anteriores, sobretudo aqueles elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, tinham como objetivo apenas proteger aos grupos em situação de maior vulnerabilidade como as crianças e gestantes, cuja visão dispensada à mulher apenas se vinculava a criação, educação e cuidado com a saúde dos filhos e demais

entes familiares. Este suporte restrito ocasionou a fragmentação a nível assistencial cumulada ao baixo impacto nos índices de saúde da mulher. (Brasil, 2004, p. 15)

Surge com isto uma forte pressão do movimento feminista brasileiro que, após intensas discussões, colaborou significativamente para vincular na agenda política nacional questões atinentes à saúde da mulher, defendendo inclusive que as desigualdades nas relações sociais entre homens e mulheres refletiam diretamente nos problemas de saúde presente na população feminina.

Embasado nestes argumentos que confrontavam as perspectivas reducionistas apresentadas, o movimento feminista protestava em favor da implantação de uma política nacional que pudesse proporcionar às mulheres melhores condições em todos os ciclos da vida, respeitando o contexto em que estivessem inseridas.

Surge assim, nos idos de 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), incluindo ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação proporcionando a mulher, além de outras necessidades determinada pelo perfil populacional, assistência “em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama”. (BRASIL, 2004, p. 17)

Vale a pena salientar que a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil influenciou bastante na implantação e implementação do PAISM, tendo em vista a nova política de saúde, municipalização e, sobretudo, reorganização da atenção básica com o Programa Saúde da Família.

Porém, com as dificuldades enfrentadas na implementação destas políticas o Ministério da Saúde editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 2004), delimitando ações básicas mínimas para os municípios brasileiros no âmbito da saúde.

No campo que contempla a saúde da mulher, a NOAS prevê de forma clara que os municípios devem garantir minimamente as ações básicas de “pré-natal e puerperal, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino” (Brasil, 2004, p.18), além da necessidade de garantir ações de maior complexidade.

Mesmo com estas delimitações anteriormente mencionadas, decorrentes das dificuldades para consolidação do SUS que não abrange todas as ações voltadas à política de saúde da mulher, o PAISM passa a atuar, a partir de 2003, em

segmentos da população feminina e problemas emergentes até então não contemplados, além de identificar a necessidade da área técnica da saúde da mulher articular com outras áreas técnicas e proposição de novas ações.

Neste sentido, o PAISM começa a conceder atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiária e lésbicas, iniciando ainda atuação nos debates e ações vinculadas a saúde da mulher no meio ambiente. (BRASIL, 2004).

Na esfera federal de administração, principalmente na última década, identificou-se uma dificuldade e descontinuidade nas ações voltadas para implementação do PAISM passando a existir mudanças de grande valia a partir do ano de 1998, tendo em vista que a saúde voltada para a mulher passa a ser considerada prioridade de governo.

Correa e Piola, após balanço realizado entre o período de 1998 a 2002, registraram que neste intervalo temporal buscou-se a resolução de algumas problemáticas, cuja prioridade se voltava para a saúde reprodutiva e redução da mortalidade materna. Restaram em aberto várias lacunas. Acrescentam os autores que esta postura governamental, além de outras áreas estratégicas ligadas a saúde da mulher, também comprometeu a transversalidade de gênero e raça. (BRASIL, 2004, p.18)

Promover a melhoria das condições de saúde da população feminina ainda é um desafio. O SUS deve estar bem aparelhado para garantir, na prática, serviços de saúde que contemplem as necessidades de saúde desta população – da baixa à alta complexidade de cuidados -, com ênfase na promoção e na prevenção das patologias mais recorrentes neste grupo, respeitando as particularidades referentes à faixa etária e a diversidade de grupos presente na população feminina de modo a garantir a igualdade de direitos. Ainda temos muito que caminhar na direção de um modelo de saúde desejado.

Esta contextualização das políticas de cuidado com o corpo da mulher pode ser dividida em dois momentos: antes e depois do PAISM. Este marco conceitual aponta para uma mudança importante na forma de ser ver e de falar da mulher nos tempos atuais. A evolução de cuidados que ultrapassam o período gravídico-puerperal deflagra o rompimento da visão tradicional, marcando um novo modo de pensar sujeito-mulher (HILLESHEIM et.al, 2009).

Historicamente a mulher vem sendo colocada, sob vigília e exame constante que legitimam a regulação e controle de corpos. Nessa medida, as práticas de saúde atuam sobre corpos individuais articulados à premissa do tempo vigente produzindo idiosincrasias. Quais as consequências destes arranjos para a vida da mulher?

3.3 O PROFISSIONAL PSI/ E SUA CONTRIBUIÇÃO À SAÚDE MATERNA

“A psicologia do desenvolvimento precoce, a psicologia perinatal, a psiquiatria do bebê, não mudarão o mundo, elas mudarão os bebês e eles mudarão o mundo”.

Bernard Golse.

O Brasil tem avançado sobre a assistência ao pré-natal, na qualidade e humanização de práticas. A implantação do PAISM é um marco conceitual desta proposição. A título de ilustração realçaremos um exemplo: numericamente, as consultas durante o pré-natal saltaram de 2,0 para 4,6. Entretanto, o atendimento recomendado não atinge as mulheres igualmente. Hoje, 49,5% das mães tiveram números de consulta pré-natal inferior a 4,6 durante a gestação. O número aceitável pelo Ministério da Saúde é de, no mínimo 07 consultas, o que demarca o quanto ainda temos que caminhar. (CALDAS, et al, 2013).

O pré-natal¹⁹ pode ser caracterizado como um programa de assistência à gestante, historicamente realizado pela medicina e pela enfermagem. A inserção de outras especialidades de saúde nos cuidados a essa fase de vida da mulher é recente na história brasileira. Algumas portarias do Ministério da Saúde²⁰ regulam a

¹⁹ Caldas et al (2013) definem o pré-natal como um processo complexo que visa diagnosticar ou confirmar enfermidades maternas, bem como empreender meios de tratá-lo; acompanhar a evolução da gravidez, com atenção às condições da gestante e ao desenvolvimento do feto; diagnosticar e tratar intercorrências clínicas referentes à gravidez; recomendar medidas preventivas para saúde da gestante e do feto e preparar a gestante para o parto e o aleitamento.

²⁰ A portaria Nº 1.020, de 29 de maio de 2013 institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. (Brasil, 2013). E a Portaria Nº 930, de 10 de maio 2012, que define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 2012).

presença do psicólogo em situações variadas como gestações de alto risco e em unidades de terapia intensiva neonatal.

Sabe-se dos esforços de órgãos internacionais e governos para combater as irregularidades do cuidado à saúde da mulher em diversas partes do mundo, em especial, nos países em desenvolvimento. Vê-se ainda os avanços na área da biotecnologia e da medicina para contornar problemas relacionados à vida reprodutiva do casal. Contudo, observa-se que as condutas médicas ou técnicas utilizadas sem a interlocução com outros campos de saber não é bem-sucedida na tarefa de compreender a complexidade deste fenômeno.

No hospital, nível terciário de atenção à saúde, a prática entre vários já é rotina. A multidisciplinaridade vem sendo exercitada, a despeito de sabermos que a hegemonia do discurso médico impõe uma hierarquia de cuidado. Ocorre que os problemas de saúde relacionados à vida reprodutiva da mulher, como vimos, percorrem a emergência de intervenção em níveis primários e secundários de atenção, no qual a doença ainda não se instalou, causando lesões e complicações, por vezes, irremediáveis a mulher e a sua gestação.

Como resolver esta equação? Apresento esta inquietação por atuar profissionalmente em hospitais, espaço de intervenção que acolhe a “mulher-doente”. É recorrente no discurso dos profissionais que ali exercem sua prática a lamentação deste evento não ter sido identificado precocemente, num período que seria possível resolver a contento o dano instalado ou mesmo salvar a vida da gestante e do neonato.

Entre psicólogos e psicanalistas da área se multiplicam as vozes que ressaltam o destempero entre a ruptura de transtornos emocionais da mulher e sua chegada ao hospital. Diante desta realidade, algumas questões se apresentam. Observa-se que a inserção e a prática psicológica nos dispositivos de saúde de níveis primários e secundários de atenção é falha, assim como se verificam nas demais especialidades de saúde. Além disso, o médico, profissional que detém a hegemonia do cuidado, é desaparelhado para identificar os elementos que se configuram como indicadores de risco para a saúde mental das gestantes. Suas ansiedades, medos e mudanças de comportamento e de personalidade são, habitualmente, atribuídos a fatores hormonais e fisiológicos da gravidez.

Já se sabe do valor terapêutico associado à precocidade do diagnóstico. Ouvimos esta premissa em diferentes espaços sociais. A mídia veicula diariamente campanhas que usam a prevenção e o diagnóstico precoce como bandeiras de eficiência para os cuidados de saúde. Entretanto, continuamos arraigados à medida terapêutica curativa, no qual as chances de sucesso são menores e a possibilidade de deixar sequelas e limitações, aumentam.

Propõe-se a partir deste cenário a reflexão das nossas práticas e abre-se espaço para a invenção de novos caminhos para contornar as demandas de cuidado do nosso tempo. Incentivar a promoção da saúde diminui consideravelmente as chances de enfermidade. A literatura demonstra que a maior parte dos óbitos maternos poderiam ser evitados se fossem assegurados à mulher o acesso ao pré-natal de qualidade. Façamos desta acepção uma analogia que serve a causa *psi*. De que modo a presença do profissional de psicologia em períodos anteriores ao parto e o puerpério ou mesmo antes da instalação de algum problema médico gestacional pode colaborar para a experiência da mulher com a maternidade e sua vinculação com o bebê?

Lacan em 1953 nos advertiu que o analista deve “alcançar em seu horizonte a subjetividade da sua época” (p.322), e, a partir deste alerta, engendram-se novos contornos clínicos para oferecer possibilidades terapêuticas extramuros. Longe do *setting* clássico do consultório, começamos a delinear um vasto campo de inserção do psicanalista nas instituições e outros espaços como resposta a urgência subjetiva atual.

Observa-se na literatura um conjunto de práticas de cuidado que envolve a promoção da saúde da gestante com vistas a atenuar os distúrbios de saúde mental que podem perturbar o curso natural de uma gestação. Das práticas educativas para habilitar profissionais de saúde a identificar sinais de alerta para afecções psíquicas até a intervenção psicoterápica, de modalidades diversas, do pré-natal ao puerpério. (CARDOSO, SANTOS, MENDES, 2007; SARMENTO, SETÚBAL, 2003).

Sarmiento e Setúbal (2003) explicitam a necessidade de atenção aos aspectos psíquicos da mulher desde a primeira consulta do pré-natal. Suas dúvidas, inquietações e fantasias, nesse momento, engendram o desejo da mulher frente à maternidade. Deve-se observar além do visível: Não basta ter um bom corpo para gestar, faz-se necessário observar a rede de sustentação simbólica interna e externa que darão apoio a esta experiência. Promover um ambiente seguro e acolhedor às

angústias e ambivalências da mulher torna-se uma medida preventiva eficiente nesse processo.

Ademais, propõem que nesse primeiro momento seja realizada uma anamnese detalhada que inclua não somente os dados clínicos da paciente, mas também outros fatores devem observados: condição sócio-econômica, presença ou ausência de outros filhos, se vive com seu companheiro e conta com apoio deste e da sua rede familiar, se a gravidez foi planejada e se há vontade declarada (consciente) de ser mãe, presença de transtornos psicopatológicos, dentre outros aspectos.

Maldonado (1997) enfatiza que a decisão de ter um filho abarca a interação de variados motivos, sejam estes conscientes ou não. Desejo e vontade nem sempre coincidem. O primeiro se relaciona a conteúdos latentes, inconscientes, em geral, ignorados pela mulher. Mieli (1998) nos adianta que “a temporalidade do desejo é lógica, não linear ou decisória”. Já a vontade está no plano da consciência e envolve ordenamentos sociais e familiares (MEIRA, 2010; MIELI, 1998). Por vezes, podemos ver mulheres que declararam a vontade de ter filhos, mas seu desejo indicar outros destinos. E isso é fonte de sofrimento. Desse modo, observar esses indicadores de planejamento de uma gravidez para além da vontade declarada é importante para construção da experiência da maternidade (DOURADO, PELLOSO, 2007) e podem influenciar na formação do vínculo entre mãe-bebê-família. Contudo, sabe-se, que a gravidez pode ocorrer sem planejamento e isso não significar *a priori* não desejar o filho. Não há uma causalidade direta entre planejamento e desejo. A literatura aponta que os casos de maior vulnerabilidade psíquica para mãe e bebê estão relacionados às situações em que se verifica a ausência de planejamento e de desejo pelo filho. (CALDAS et al, 2013).

Outro indicador privilegiado de saúde mental materna se relaciona à observação cuidadosa dos planos elaborados para o bebê após o nascimento. A possibilidade da mãe de falar do seu bebê, poder sublinhar o imaginário em relação à constituição do filho, o que se espera, o que se projeta no futuro, ou seja, escutar como este bebê é incluído na história materna, pode ser preventivo de uma disjunção do vínculo desta díade.

Como salienta Jerusalinsky,

“Operamos sim com os efeitos de antecipação de um sujeito, pois supor um sujeito no bebê é condição para que ele possa advir como tal, para que possa vir imaginariamente ter um corpo e utilizar as diferentes aquisições instrumentais em nome de um desejo. É isto que irremediavelmente se perde quando, a cada movimento clínico, o que se antecipa do bebê é um fracasso. (2001, p. 42)

Junto à espera do bebê se apresenta uma nova disposição familiar. E esta nova condição vem impregnada de histórias relativas ao nascimento e a infância destes pais, até então aparentemente esquecidas ou consideradas de pouco valor. Esta teia de informações, lembranças e experiências formam o tecido simbólico que emana a chegada deste bebê. Catão (2002) vai explicitar esta questão:

“Muitos são os fatores que se atualizam e se encenam na gestação e no parto sem que, na absoluta maioria dos casos, a mulher deles se dê conta [...]. Desejar ter um filho supõe não apenas a renúncia a um lugar somente de filha de seus pais para aceitar ser mãe, mas implica outras renúncias: a renúncia do corpo de menina, depois ao seu corpo de mulher grávida. Por outro lado, o nascimento de um bebê por mais que tenha sido programado, introduz sempre um elemento surpresa, pois o bebê real nunca corresponde àquele que é esperado. Ele é sempre outro”. (p.227).

As intervenções psicológicas na tríade pai-mãe-bebê “qualquer que seja o dispositivo que tenhamos, o fazemos com o objetivo principal de reconduzir o jogo, de reconduzir a liberdade na escritura dessa terceira história” (GOLSE, 2003, p. 39). Uma história que será a conjunção das histórias intergeracionais da mãe e do pai sob novo rascunho. Criar a possibilidade de que fantasmas transgeracionais possam ser revisados e editados visando à produção do inédito.

Nas consultas subsequentes, novas particularidades vão surgir com as mudanças corporais e fisiológicas da gestação. Tais alterações como enjôos, modificações do corpo, alterações do humor, percepções do movimento fetal formalizam concretamente a presença de um bebê. Desejos, aversões, ambivalências, temores e ansiedades podem repercutir nesse momento como afetos de difícil manejo para a mulher. As expectativas em relação à saúde do bebê e o seu desempenho como mãe povoam o imaginário destas futuras mães. A proximidade do parto também pode acionar sentimentos relacionados à morte. (SARMENTO, SETÚBAL, 2003).

Ressalta-se que a mulher terá um desempenho positivo ou negativo desta experiência diretamente vinculado à sua história de vida, ao modo como foi estabelecido os cuidados e apoio durante o pré-natal não somente por profissionais especializados como também por sua rede familiar e social (CARDOSO, SANTOS, MENDES, 2007; SARMENTO E SETÚBAL, 2003).

O parto e o puerpério ocorrem no cenário hospitalar e exigem também intervenção psicológica para as demandas maternas: o cuidado do bebê e a amamentação constituem, por vezes, momentos de adaptação difíceis para a mulher. Nesse período estimular a mãe na sua capacidade de cuidados e potencialidades, apostar na ambivalência e reconhecê-la como saudável pode colaborar para a estruturação desta relação mãe-bebê. (SARMENTO, SETÚBAL, 2003).

As intercorrências gestacionais correspondem a situações de crise e urgência subjetiva que demandam intervenção psicológica. São estas: as perdas fetais recorrentes, os abortamentos espontâneos, as doenças maternas como hipertensão, diabetes, cardiopatias, HIV, descolamento precoce de placenta, dentre outras, as condições médicas associadas ao bebê como malformação, doença congênita, prematuridade, natimorto, formam o conjunto de situações que colocam em risco o projeto parental. São vivências que colocam em evidência perdas reais e simbólicas e, por conseguinte, exigem trabalho de luto. (SARMENTO, SETÚBAL 2003, IACONELLI, 2007).

A atribuição de uma gravidade clínica ou outra intercorrência gestacional que venha a modificar forçosamente o projeto parental é vivenciado por esta mulher como um período de grande potencial traumático, inviabilizando o que via de regra sustenta as relações: a possibilidade de escrever um texto próprio sobre a experiência.

“O traumatismo conduz a uma abolição simbólica. Algumas vezes, pais e responsáveis da equipe médica não conseguem representá-lo. As coisas permanecem suspensas. Nada escora a situação. Ficamos siderados. Só podemos ser. Não se pensa. É esse furo que traumatiza. Mais tarde será a dúvida, o luto, frequentemente, a culpa”. (ANSERMET, 2003, p. 50)

Trata-se, sobretudo, de uma clínica que lida com situações de vulnerabilidade extrema da mulher, em que a ameaça de morte, a deficiência, perdas e des-idealizações convivem fronteiraçamente com o nascimento e as alegrias esperadas. Vivências estas que para além de provocarem angústia podem

engendrar incertezas, desamparos, tipicamente insuportáveis e traumáticos não somente na mulher, mas em seu núcleo familiar.

São inúmeros os casos no hospital, cuja patologia materna coloca a família em postura ambivalente entre o desejo de que a vida da mulher seja preservada e a preocupação terrífica de que o bebê, em função disso, venha a morrer. Vejamos: como lidar com o marido que diante do sofrimento da esposa internada na UTI pede ao médico que antecipe a retirada do bebê? Ou mesmo como acolher o pai que se recusa a conhecer seu filho no berçário e levá-lo para casa até que a esposa se recupere e sobreviva? O que dizer da mulher que não consegue ir até a Uti Neonatal e ficar com seu bebê como as outras mães porque ao olhar para aquele bebê recorda que esteve tão perto da morte e o culpa por isso? Ou mesmo porque o bebê prematuro carrega as insígnias da morte pela gravidade do quadro e vê-lo precipita o desejo de que este bebê não vingue, pois não desejou tê-lo? Como acolher a dor da mãe que perde um dos gemelares e não deseja levar para casa o sobrevivente? Como impedir que uma mulher volte a engravidar mesmo sabendo que os riscos de morte tanto para ela quanto para seu bebê são altos? Como compreender uma mulher que engravida e por oito vezes perde seu bebê, no segundo trimestre gestacional, e continua firme no propósito de tentar outra vez?

São histórias que configuram diferentes modos de sofrimento psíquico e que se apresentam como matéria-prima para o trabalho do psicólogo no hospital.

“O saber do psicanalista lhe concerne em primeira ordem, uma vez que ele aprendeu – contra si mesmo, contra sua própria formação anterior – que o saber é inseparável de tramas não sabidas, inconscientes, e que as tramas de cada um sustentam-se de diferentes modos, em uma singularidade que escapa a todo e qualquer projeto de classificação” (SZPIRKO, 2000, p. 60).

Iaconelli (2007) em seu artigo *Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês* nomeia de luto perinatal as perdas gestacionais decorrentes da morte do feto ou do recém-nascido. Realça que “as peculiaridades deste luto, que não costumam ser reconhecidas pelo entorno, acarretam efeitos nefastos no psiquismo da mulher. Efeitos estes observáveis na clínica, muitas vezes, por intermédio do restante da prole” (p. 614). McGoldrick e Walsh (1998) também apontam para o luto socialmente não autorizado das perdas gestacionais, consideradas como perdas ocultas, não-eventos.

Na prática hospitalar pode-se observar a inabilidade que alguns profissionais de saúde têm de lidar com a morte perinatal. “*Essas coisas acontecem*”; “*Voce é jovem poderá ter outros filhos*”, são muitas vezes hostis não permitindo que a mulher veja seu bebê e participe dos rituais de despedida do seu filho – minimizando assim o evento da perda, ou ainda, submetem a mulher à sedação, isolando-a do contato com outras pessoas sob a alegação de protegê-la. A família obedecendo às recomendações médicas, por vezes, se antecipa a desfazer o quarto do bebê, a dar outro destino ao enxoval do filho esperado como tentativa de minimizar o sofrimento materno e ajudá-la a esquecer o evento, afinal de contas, “*ela nem chegou a se apegar ao bebê*”.

Essas atitudes, em geral, dificultam a elaboração do luto e promovem marcas nefastas no psiquismo da mulher cujas insígnias podem ressoar negativamente na concretização de um novo projeto parental. Como psicólogos sabemos que a relação da mulher com o filho que está por vir não nasce necessariamente com a presença física deste bebê. Antes do planejamento da gestação, desde quando as meninas brincam de bonecas, já ali estão construindo simbolicamente o desejo de ser mãe e de ter um filho. Todas as idealizações, projeções narcísicas estão ali presentes formatando para o futuro a chegada daquele bebê que virá realizar seu sonho vindouro. Quando se perde um bebê, se perde também a possibilidade de vir a concretizar esse ideal, e tantas outras perdas simbólicas deste entorno. E cada gestação e cada filho têm participação especial neste projeto, não podendo ser aleatoriamente substituído ou esquecido.

Iaconelli (2007) complementa:

“Esta verdadeira negação do sofrimento dos pais funciona como o desmentido da perda e obstrui a possibilidade de representação. O traumático é entendido aqui como algo da ordem de uma experiência, cuja dimensão requer intenso trabalho psíquico e que não encontra condições de ser operada. No caso da mãe enlutada, apontamos a falta de compreensão da sua dor como uma das variáveis deletérias para sua consecução”. (p. 615)

“O senso comum tende a atribuir a vinculação da mãe ao bebê como algo decorrente do tempo cronológico, de certa forma, isto é verdade, pois é claro que o convívio configura e estreita laços afetivos. O que se costuma desconsiderar é que a formação de vínculo se assenta sobre as entranhas do psiquismo materno desde sua formação e deve a identificação com objeto sua potencialidade. Portanto, quando a mãe se encontra privada de seu objeto, previamente investido, mais do que nunca devemos respeitar e propiciar as condições para a elaboração do luto normal”. (p. 619)

Estas diferenças no tratamento destes casos revelam uma impossibilidade de atribuir à morte de um bebê (pré ou pós-termo) o *status* de morte de filho: “não vingou!”, é a expressão mais comum nesse contexto. Não se trata de diferenciar as circunstâncias em que óbito perinatal ocorre, pois a dimensão da perda não está relacionada a essas condições médicas – pré-termo, pós-termo, anomalias genéticas, más-formações -, o estatuto de filho só pode ser definido, no um a um, a partir da subjetividade dessa mulher-mãe, que deverá ser cuidada pelo profissional psi, e cuja escuta atenta poderá delinear seus destinos. No cotidiano do hospital, somos surpreendidos pela soberania da subjetividade. Lidamos com reações diversas frente à morte de um filho esperado que vai desde a reação catastrófica até o sentimento de alívio. Enquanto uma desorganiza-se psiquicamente, outra se reorganiza a partir daí. Cada experiência vivida é antecedida por uma história de vida que recoloca as reações no plano singular, não sendo possível predizer, antecipar.

O período gravídico-puerperal é a fase de maior incidência de transtornos psíquicos na mulher, necessitando de atenção especial. As mudanças corporais, hormonais e expectativas sócio-familiares incrementam a vulnerabilidade para produção de sintomas neuróticos, desequilíbrios psicossomáticos e quadros psicóticos. Os sintomas ansiosos e depressivos são os mais comuns. (FALCONE et al, 2005).

A literatura faz especial referência ao *Baby Blues*, termo americano que designa um estado depressivo mais brando com labilidade emocional e choro fácil que acomete cerca de 70 a 90% das puérperas, de caráter transitório. Tende a remissão espontânea, com sintomas de duração mais curta. (FALCONE et al, 2005; SARMENTO, SETÚBAL, 2003). Trata-se de uma fase de adaptação materna às demandas do bebê e se assemelha ao conceito winnicottiano de Preocupação Materna Primária ou Loucura Materna. Winnicott (2000) aponta o quanto de patológico que haveria neste estado se este se desenvolvesse fora do ciclo gravídico-puerperal: “Não acredito que seja possível compreender o funcionamento da mãe no início mesmo da vida do bebê sem perceber que ela deve alcançar esse estado de sensibilidade exacerbada, quase uma *doença*, e recuperar-se dele” (p. 401; grifo nosso). Articula-se ainda à consolidação de lutos vividos por esta mulher neste percurso até a concretização da maternidade:

“A perda do corpo gravídico, o não retorno imediato do corpo original, a separação mãe-bebê, o bebê deixa de ser idealizado e passa a ser

vivenciado como um ser real e diferente da mãe; e as necessidades próprias postergadas em função das necessidades do bebê” (SARMENTO, SETÚBAL, 2003, p.265).

A depressão pós-parto e a psicose puerperal se configuram como quadros psicopatológicos que necessitam de atenção especializada e são menos frequentes. Ambos interferem no desempenho do papel de ser mãe e na capacidade desta de apostar no crescimento e desenvolvimento do seu bebê. (FALCONE et al, 2005).

Spitz (1979) assinalou que a “perda” da mãe que entra em depressão não é equivalente a uma perda física, como quando a mãe morre ou abandona seu bebê. Trata-se de uma perda afetiva, na medida em que a mãe, ao mudar sua atitude emocional, altera os signos que a referenciavam como um “objeto bom” para a criança. Mesmo que não haja mudança física desta mãe, o objeto afetivamente investido pelo bebê está perdido com a depressão, visto que essa mãe mostra-se emocionalmente mais distante, causando uma ruptura desta relação.

Green (1998) corrobora esta idéia ao afirmar que “é a mãe morta e, portanto, ao contrário do que se poderia crer, uma mãe que permanece viva, mas que está, por assim dizer, morta psiquicamente aos olhos da pequena criança de quem ela cuida” (p. 239).

Outros estudos se somam a afirmativa de que a depressão constitui falha na vinculação mãe-bebê. Vejamos: As mães deprimidas quando comparadas às mães não deprimidas, diminuem sensivelmente o tempo que olham, tocam e falam com seus bebês, têm mais expressões negativas do que positivas, demonstram menos responsividade, menos espontaneidade e níveis de atividade precários (STERN 1997; COHN, CAMPBELL, MATIAS, HOPKINS, 1990; FIELD, 1997; FIELD et al.; 1988). Na proposição que demarca os efeitos da privação materna pela depressão observa-se que, os bebês de mães deprimidas quando comparados aos de não-deprimidas, exibem menos afeto positivo e mais afeto negativo, menor nível de atividade, menos vocalização, costumam distanciar o olhar, apresentam mais irritabilidade, protestos mais intensos, mais expressões de tristeza e raiva, menos expressões de interesse e uma aparência depressiva com poucos meses de idade (COHN e cols., 1990; FIELD, 1985; PICKENS e FIELD, 1997). Observa-se que a não-disponibilidade afetiva materna promove interferências diversas ao desenvolvimento psicoafetivo do bebê.

Badinter (1985) vai realçar a problemática da depressão ao colocar que a ausência da mãe nos cuidados do seu bebê, suas interações e trocas afetivas interferem na construção do vínculo desta díade.

“Penso, enfim, como os psicanalistas, que não há amor sem algum desejo, e que a ausência da faculdade de tocar, mimar ou beijar é pouco propícia ao desenvolvimento do sentimento. Se a criança não está ao alcance de sua mão, como poderá a mãe amá-la? Como poderá apegar-se a ela?” (p. 14)

Nesta perspectiva, a atenção psicológica no puerpério cumpre dupla função: de efeito profilático para a saúde do bebê e para o binômio mãe-filho; de caráter assistencial, do quadro psicopatológico da mulher.

É vasto o campo de estudos sobre o psiquismo da mulher no período gravídico-puerperal. (CALDAS et al, 2013; MEIRA, 2010; VOLKMER, 2009; RIBEIRO, 2004). O desenvolvimento destes estudos vem sendo delineado no campo hospitalar, especificamente nas maternidades, como também em outros espaços de saúde pertinentes à mulher. Como conciliá-los para uma atenção integral à saúde materna? A maternidade agrega o momento do parto e o pós-parto imediato configurando, em geral, 48 horas de internação hospitalar. Exceções a esta regra inclui as intercorrências gestacionais ou problemas com o recém-nascido que prolongam a internação hospitalar. As intervenções psicológicas nesse campo de prática devem estar em consonância deste recorte. Por outro lado, os profissionais psi que atuam nos espaços anteriores ao momento do parto estabelecendo um vínculo com esta mulher e tratando as demandas relativas a esta gestação vê-se ceifado de estar presente no momento crucial do nascimento do bebê e suas ressonâncias para a mulher-mãe. Difícilmente há uma intercessão ou mesmo uma sincronia destes espaços de atuação do psicólogo o que não favorece um *continuum* de cuidados à saúde mental da mulher-mãe.

Iaconelli (2012) vai estabelecer a psicologia perinatal como

“campo de estudo dos fenômenos psíquicos ligados ao ciclo gravídico-puerperal em sua relação com as determinações biológicas, culturais e históricas, usando o termo perinatalidade numa acepção mais ampla, que não se restringe ao evento imediato do parto, mas inclui as etapas que o antecedem e o ultrapassam relativas à gestação e ao puerpério _ como a infertilidade, entrega do recém-nascido, abortos e óbitos de bebê _ e seus efeitos sobre a relação entre os pais e sua prole. Desta forma, buscamos contemplar a confluência entre perinatalidade e parentalidade, suas fronteiras e desencontros dentro e fora da patologia e, ao fazê-lo,

pretendemos contribuir para o entendimento de suas disjunções para além do diagnóstico psicopatológico”.(p. 07).

Essa proposição sustentada por Iaconelli (2012) indica um caminho a seguir por profissionais psi engajados na tarefa de auxiliar a mulher na construção de uma maternidade saudável. Tratar a maternidade ou a perinatalidade de modo profilático, significa estabelecer um espaço de escuta atenta às questões da parentalidade²¹, cujos vícios ocultos irão interferir no *modus operandi* de cada mulher. Nas palavras da autora, “*é uma mãe potencial que faz de uma gestação a gestação de um filho e não uma gestação que faz de uma mulher mãe*” (p.08).

Cabe ressaltar que mesmo o preparo decorrente do pré-natal pode não equacionar a diferença estabelecida entre o acontecimento e a experiência da mulher com a maternidade. Explico o que quero dizer: Quinet (2009) nos alerta que “na psicanálise, todos os conceitos se articulam com a experiência; não são apenas conceitos *a priori*, eles têm uma dialética com a experiência” (p.113). Essa aceção coloca em relevo que todos os cuidados, informações sobre o parto, sobre o que é a maternidade, como cuidar de um bebê, quais as reações emocionais esperadas, dentre outros que se somam a um conjunto de práticas educacionais oferecidas à mulher, não asseguram a possibilidade de aplicar o conhecimento adquirido com as exigências reais da experiência. Há um hiato entre o acontecimento e a experiência. Não se antecipa o não-vivido. É na experiência que se formula a solução, o melhor caminho, para cada mulher, singularmente. O embate entre o singular e o universal é a nossa proposta no capítulo subsequente que visa demarcar o campo de práticas no hospital entre a medicina e a psicanálise.

²¹ “A parentalidade vai além do fator biológico: para se tornar um pai ou uma mãe é preciso ter feito um trabalho interior que começa pela aceitação de que herdamos algo de nossos pais. Não me refiro ao que é genético ou programado, como o apego, e sim aquilo que é relativo à transmissão intergeracional”. (LEBOVICI, SOLIS-PONTON, MENEDEZ, 2004, p. 21).

3.4 MEDICINA X PSICANÁLISE: PODER E BIOTECNOLOGIA NA TRAJETÓRIA REPRODUTIVA DAS MULHERES.

“As NRTs (Novas Tecnologias Reprodutivas) constituem a etapa mais recente de um processo cujas origens remontam ao fim do século XVIII, pelo qual, historicamente, a função de cura da medicina duplica-se em uma outra função, política, de criação e transmissão de normas”. (CORREIA, 1997, p. 132-133).

Este subcapítulo propõe a articulação da medicina e da psicanálise, cada qual regido por leis próprias e, que por circunstâncias associadas à prática multidisciplinar no hospital, sofrem uniões e intersecções. Temos duas disciplinas igualmente consistentes em seu propósito.

Não se pretende negar o valor de nenhum campo de saber. Reconhece-se a relevância da medicina na abordagem das afecções somáticas. Trata-se, sobretudo, de uma reflexão sobre as diferenças e as impossibilidades na condução de casos onde a presença do afeto (dimensão subjetiva) deturpa as lentes da ciência e a demanda de tratamento exige a aliança com um discurso capaz de incluir a singularidade do sujeito. São discursos diferentes, com agentes e verdades diferentes, como nos lembram Clavreul (1978), mas que se conectam na tarefa complexa do hospital.

O discurso médico²² se ancora na cientificidade e objetividade que são o seu imperativo metodológico. Na atualidade, a medicina é revestida por novos signos que demarcam um modo peculiar de relação da ciência com seu objeto de estudo. O protagonismo da expressão *evidence-based medicine* – medicina baseada na prova²³ bem como a produção maciça de *guidelines* – guias de excelência para

²² Vale ressaltar que o uso da expressão “discurso médico” ou “saber da medicina” tem a finalidade de abarcar todo o campo de conhecimento e disciplinas que se pode encontrar na instituição hospitalar, não se restringindo ao saber do médico. Trata-se, sobretudo, do modo de funcionamento de um discurso dentro do campo da ciência que se pretende marcar com esta explanação.

²³“Para efeitos de tradução da palavra *evidence*, utilizo aqui a noção de *prova* em detrimento da de *evidência*, embora esta última se tenha vulgarizado e se tenha tornado de uso corrente. Sobre as razões dessa utilização mais vulgarizada, é interessante considerar os argumentos avançados pelo Diretor do Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência (CEMBE), António Vaz Carneiro: “A palavra ‘evidência’ é uma tradução etimologicamente incorreta da palavra inglesa ‘evidence’”. De fato, a tradução deveria ser ‘provas’, devendo neste caso a designação de *Evidence-Based Medicine* ser ‘Medicina Baseada nas Provas’. “Como achamos que se perderia a vantagem da conotação direta com a designação anglo-saxônica de EBM, optamos pela palavra ‘evidência’ reconhecendo os problemas que esta posição gera” (CARNEIRO *et al.*, 2007, p.2, apud. RAPOSO, 2010, p. 91).

orientação de normas clínicas, constituem indicadores de mudanças substantivas que estão no escopo de diversas reconfigurações sejam estas epistemológicas, profissionais, organizativas, institucionais, políticas e outras que, em geral, realçam a importância da dimensão científica na organização e na prestação dos cuidados de saúde. Trata-se, especialmente, de um requisito indispensável na promoção da eficácia e eficiência dos recursos e investimentos em saúde sempre com base em estimativas probabilísticas de custo/benefício e na demonstração de resultados que sustentem quais as opções (tecnologias, medicamentos ou outros recursos terapêuticos) são mais eficazes, benéficas e rentáveis. (RAPOSO, 2010). A partir desta explanação, em concordância com Lacan, interrogo: “O que o médico poderá opor aos imperativos que fariam dele o empregado desta empresa universal da produtividade?” (LACAN, 1966, p. 454).

Evidências, estatísticas, eficácia são imperativos do discurso médico. Um saber que se instaura sob premissas sólidas e que operam com legitimidade nas situações de urgência e emergência do corpo: ressecção de tumores, pontes de safena, clipagens de aneurismas, controle da sepse. Um saber que opera sob os auspícios da vida e da morte. Um lugar de saber assegurado, incontestado. Seriam esses imperativos do Real que impõem à evidência o engendramento da ordem? Como se situar neste lugar? Como sustentar a equivocidade das palavras num espaço delimitado por cartas tão bem marcadas que prima pela certeza, pela lógica e pela razão?

Em oposição ao analista que assegura o direito à subjetividade, o médico, praticante de uma ciência herdeira do cartesianismo, é capturado em sua formação a assumir o lugar de saber. Forma-se entre mestres e seu objetivo é também ser um deles - mestre no saber das doenças, da cura. Para isso, tem a sua disposição o conhecimento secular acumulado desde Hipócrates e toda tecnologia de última geração que lhe assegura o poder de analisar, pôr a prova cada célula do corpo humano. De modo estrutural, o médico não se dirige ao sujeito, mas a um corpo passível de investigação minuciosa através de exames e técnicas ultramodernas. (ALBERTI, 2000)

A justaposição da ordem médica permite a maestria da cientificidade: remédios, tratamentos, cirurgias. Um vasto campo de condutas que oferecem alívio da dor, dos sintomas e devolvem “a saúde dos corpos”. O que há para contestar? A

subjetividade daquele que porta a doença comove, perturba e deflagra a insegurança e a possibilidade de fracasso. E é no lugar daquilo que fracassa que algo pode emergir. Algo do insabido a insistir, a desvelar-se. Psicanálise e medicina, entre a escuta e o olhar: a palavra que afeta o corpo e altera a ordem primeira, o corpo que forja inconscientemente respostas controversas à perspectiva de cura, os tropeços e equívocos da linguagem que denunciam interditos. Há muitas cenas como estas que proliferam e destoam a ordem fazendo surgir um lugar para o sujeito na instituição hospitalar.

Esta interseção permite considerar que o discurso médico tem por finalidade o apagamento da subjetividade tanto daquele que o enuncia (a figura do médico) como daquele que o escuta (paciente). Desta afirmativa se sustenta a pretensão da ciência: a objetividade. O que o sujeito pode dizer ali, nesta suposta relação médico-paciente sobre a nomeação pessoal do sintoma que lhe aflige ou dos padecimentos da sua doença não interessa à medicina, pois foge à inscrição nosográfica. (CLAVREUL, 1978).

O debate sobre o discurso médico se faz relevante neste contexto dado conjuntura hipermoderna que eleva a medicina, ou melhor, a ciência, à condição de senhora das normatizações e comportamento dos indivíduos. A ênfase no especialista, já discutida neste trabalho, apresenta o modo como a sociedade atual é regulada pelo discurso da ciência.

“A ordem médica não tem que ser defendida nem demonstrada. Os médicos são seus executantes, seus funcionários, muitas vezes humildes, às vezes gloriosos, mas a Ordem se impõe por ela mesma. Ela está sempre presente em nossa vida, desde nosso nascimento numa maternidade até a nossa morte no hospital, desde os exames pré-natais até à “verificação”, na autópsia. Mais ainda que a eficácia da medicina, é a sua cientificidade que constitui lei, pois ninguém contesta que o saber médico, pelo menos por uma parte, seja verdadeiro e verificável” (CLAVREUL, 1978, p.40, grifo nosso).

As prescrições médicas, os consentimentos, orientações que nos são “propostos” carregam em seu bojo, o enunciado implícito de uma ordem, dificilmente contestável, pelos créditos que a ciência detém na atualidade. Somos demasiados solidários ao discurso médico para contestá-lo ou para não nos conformar as suas razões, nos adverte Clavreul (1978).

“É porque a medicina invoca – com justa razão – a ciência, e porque a ciência tornou-se sinônimo de verdade, que a medicina constitui um bastão resistente, tanto aos mais vigorosos ataques quanto aos elogios desajeitados, e que seu próprio totalitarismo é suportado como um mal do qual é preciso esperar um bem.” (CLAVREUL, 1978, p. 49).

Pensar sobre a saúde da mulher significa compreender o que se convencionou designar como sendo imperativo de seu sexo, da sua natureza. Observa-se neste trabalho como estes ditames são formulados e reformulados no campo social e endossados pelo discurso da ciência: “Toda mãe deve amamentar seu filho”; “Cuidar é uma tarefa materna”, “A maternidade é desejo de toda mulher”. Acolho estas normatizações como imperativos porque possibilitam pouca contestação. Subliminarmente, são introduzidas no rol do ideal social. É quase uma norma que desenha um jeito natural de ser e de comportar. Isto não significa afirmar que todas as mulheres assumem e tomam para si essas convenções nem que deixam de reagir e de esboçar diferentes formas de resistência. A pluralidade da mulher permite outros deslocamentos e saídas, mas não há mulher indiferente às leis que regem o seu tempo.

O que fazer com os apelos da impossibilidade de ser mãe? A prescrição médica é um enunciado dogmático, uma ordem: tome tais remédios, mude tais comportamentos, coma aquilo, beba isso. Regulando inclusive a sexualidade da mulher: a periodicidade do sexo, as posições sexuais mais favoráveis, como atos de legítima saúde. E dessa forma, a medicina ganha status de dominância sobre os atos humanos impondo suas leis, ditames e modos de regulação da vida, do sexo. (CLAVREUL, 1978; FOUCAULT, 1926-1984).

Ser mãe é uma ordem? Ordem médica de caráter disciplinador que não deixa de ser culturalmente ensaiada e formulada nos bastidores da grande cena social.

“A *maternidade artificial* ou a *parentalidade artificial* já são as fórmulas do presente (que se ampliarão no futuro) para os indivíduos estéreis que buscam a reprodução *in vitro*, com suas imbricadas implicações éticas, médicas, políticas, além de suas controvertidas consequências à saúde das mulheres. (LABORIE, 1996). A busca pelas tecnologias conceptivas já evidencia a nova conotação de escolha da maternidade, da paternidade ou da parentalidade: a esterilidade pode ser resolvida pela medicina e isto requer um longo processo, implicando uma escolha reflexiva”. (SCAVONE, 2001).

A medicina e seus artefatos modernos ofereceram às mulheres possibilidades antes impensadas na procriação. Deste modo, colaborou fortemente

no desenvolvimento de um novo modo de relação mãe-pai-filhos. Modifica-se, de modo imponente o papel materno e paterno. A partir desta prerrogativa, inclui-se a medicina, como esfera de saber que se alia à família, enquanto instituição, promovendo novos arranjos e, por consequência, novas configurações subjetivas na forma como a mulher vivencia a maternidade e a feminilidade.

“A medicina está estreitamente ligada ao conjunto da cultura, sendo qualquer transformação nas concepções médicas condicionada pelas transformações nas idéias da época” (SIGERIT, apud. CLAVREUL, 1978, p. 226). No desenrolo destas questões entram em cena as concepções de normal e patológico que ao longo do tempo histórico e da cultura em que se está inserido, sofrem variações surpreendentes. O que outrora foi concebido como um desvio à norma, noutro passa à categoria de vigência social. As anomalias passam à condição de normal. Pode-se incluir aqui um arsenal de mudanças relacionadas à forma como a medicina tratou as mulheres e a reprodução ao longo da história: do parto natural realizado por parteiras à hospitalização do parto, atualmente realizado em centros cirúrgicos e com predileção pelo parto cesáreo até o advento das tecnologias reprodutivas, temos um cenário largo destas transformações sociais que servem de empuxo à medicina. Normativo, o discurso médico regula com cada vez mais precisão as normatizações sociais desejadas para um indivíduo normal, sadio.

Estaremos, desse modo, advertidos que, a despeito do poder legitimado do discurso médico na contemporaneidade, este não pode ser o único responsável a responder as questões que circundam a vida reprodutiva das mulheres. Lembremos que “a própria verdade é um semi-dizer” (CLAVREUL, 1978, p. 269). A medicina é capaz de capturar certos fatos, olhares relacionados à sua lógica. “O que o médico observa é o que se pode inscrever num certo campo de saber, com exclusão de qualquer outra coisa, é isso que pode constituir uma teoria [...], um diagnóstico, [...] uma coerência. O resto não tem existência para ele” (CLAVREUL, 1978, p.82).

Desse modo, a medicina na fabricação da sua verdade, não considera parte relevante do propósito que leva cada mulher à escolha pela maternidade ou à impossibilidade de ser mãe.

“Eliminando qualquer outro discurso, e conseqüentemente o do próprio doente, o discurso médico afasta, pois, um certo número de elementos que não deixam de ter interesse em si mesmos. É da visada totalitária do discurso médico (como de todo discurso) nada querer nem poder saber do

que não lhe pertence, porque é inarticulável em seu sistema convencional, e não pode resultarem nenhuma prática que fosse médica. [...] Os sofrimentos diversos, não justificáveis medicamente, os distúrbios funcionais, as modificações de humor, do sono, da vida sexual, sobretudo a angústia, e tudo que forma o fundo de um tipo de reivindicação permanente e tagarela, é acolhido por um maior ou menor boa vontade por parte do médico, mas este permanece inteiramente desarmado tanto para dar uma interpretação cientificamente aceitável como para tratá-los [...]. (CLAVREUL, 1978, p. 84).

A psicanálise, enquanto discurso, não obedece à lógica do cientista, seja pelo seu método ou pelo modo de produzir resultados. Trata-se de uma incompetência em produzir relações diretas e causais sobre fatores psíquicos e seus correlatos orgânicos. Por outro lado, temos na medicina também uma inaptidão radical em considerar os efeitos do desejo sobre a vida reprodutiva das mulheres. É neste hiato que a psicanálise não cessa de questionar as expectativas do cientista, que pretende aplacar a subjetividade e suas amarras.

É neste tempo onde o corpo biológico está cada vez mais conhecido que os médicos constatarem que o sofrimento do paciente escapa às suas possibilidades terapêuticas. O conhecimento biológico do corpo, cada vez mais perfeito, não se acompanha do conhecimento do sofrimento do sujeito, que tem outras coordenadas que não as da biologia (GUERIN, 1982, p. 5)

Cotidianamente, somos surpreendidos pelo equívoco, pelos desencontros, pelos desajustes, pela apresentação de sintomas que não correspondem à concepção de corpo e anatomia. Esses impasses e incômodos, que muitas vezes o saber da ciência tenta descartar, são bem-vindos ao analista. É quando algo escapa àquilo que pode ser apreendido pelo discurso da ciência, criando aí um hiato, que o analista é convocado a intervir.

Nas palavras de Lucíola F. Macêdo,

Foi por causa dessa brecha, para não dizer abismo cavado entre o procedimento proposto, o efeito esperado e o efeito produzido, que algo do registro da demanda pode ser introduzido por um breve espaço de tempo, aquele da permanência de um psicanalista em um dos programas da instituição. (MACÊDO, 2006, p. 53)

O hospital, espaço onde impera a ordem médica, é palco de ilustrações clínicas que nos fazem compreender de que lugar a psicanálise pode operar. O ofício no contexto hospitalar está diretamente conectado ao fazer da medicina e, em complementariedade pelo avesso, produzimos ali um lugar para a subjetividade. Apresento uma ilustração clínica que viabiliza compreendermos esta conexão:

Uma jovem primigesta tem seu bebê a termo sem complicações. Duas semanas depois volta ao hospital como uma mastite infecciosa para tratamento cirúrgico (drenagem dos nódulos de pus). Após a realização do procedimento, o médico orienta a paciente quanto à importância de continuar amamentando seu bebê e que a dor deveria ser tolerada por esta mãe. A família, empoderada pela ordem médica, encoraja a amamentação e diz que “ser mãe é padecer no paraíso”. A inserção da psicóloga veio sob pedido médico e este me adverte da sua preocupação em relação ao apelo materno de não mais amamentar o seu bebê. O pedido poderia ser assim resumido: “Convença esta mãe a amamentar. Toda boa mãe amamenta o seu filho”. Respondo-lhe, como meio de instituir uma pausa e de demarcar uma posição de não domesticar a mãe à norma interposta, que há outros meios de garantir a vinculação mãe-bebê, bem como, outras saídas para a boa saúde deste. Incluir exceções à regra constitui a tarefa do psicólogo no hospital visto que a subjetividade só se apresenta como não-normativa. No leito, com a paciente, ao assistir a cena da amamentação – choro, xingamentos ao bebê e recusa em fazer qualquer outra atividade com o bebê por estar exausta do estresse e da dor que a amamentação provocava. Deixo minhas impressões em suspenso e passo à escuta atenta desta mulher. Amamentar, neste caso, era fator impeditivo ao vínculo materno. Essa mãe desloca para o seu bebê a raiva de não ter sido bem sucedida como mãe, de não concretizar o ideal materno, de não corresponder às expectativas da família e do marido. O fracasso era uma palavra que a definia como mulher e não seria diferente com a maternidade. Após esta avaliação discute-se com o médico e se redefine os planos de cuidado a essa mãe e a esse bebê, que agora contaria com períodos de amamentação mais espaçados e com suplementação de leite artificial até a recuperação materna. À mãe indicou-se acompanhamento psicológico ambulatorial para tratamento destas questões que se articulavam com sua herança psíquica intergeracional.

A interlocução com a psicanálise permite compreender o que está no entorno do mal-estar anunciado. Permite observar outros elementos que, latentes, podem exacerbar desordens corporais, tal qual a histérica de Freud, colocando o discurso médico num impasse. Seria o caso simplesmente de tratar a mastite? Se esta mãe se pré-definir como alguém que fracassa logo mais haverá outro motivo para atestar sua crença, num jogo de repetição. O fracasso não pode ser tomado

como sintoma médico, assim como a mastite não é privilegiada como algo a ser tratado pela psicanálise. O fracasso norteia a relação desta mulher com sua própria condição de existir. Ali, onde ela estiver, o fracasso a acompanhará. E não seria diferente com a maternidade: ela fracassara por não poder amamentar, por não suportar a dor. Ela fracassou antes: na escola, no esporte, como filha, como esposa, como mulher, esse é o seu veredicto e vem acompanhado de muito sofrimento. À medicina cabe cuidar da lesão da mama e não do fracasso existencial. Em complementaridade e no esforço de interpretar essa *confusão de línguas*, se faz o trabalho multidisciplinar.

“Interessar-se pela estrutura psíquica ou pela influência do meio ambiente não permite ao analista subtrair-se da questão dos determinantes corporais. Psicanálise ou biologia, uma não exclui a outra. Isso não impede que alguma coisa deva ser ouvida além do que o corpo revela. Temos que dirigir nossa atenção para o que diz a criança, sua família, a maneira como a doença é vivida, como é investida a história médica, o modo como acontece um fenômeno somático em relação à história, ao meio ambiente, aos fatos, aos diferentes momentos da relação com o médico, com a equipe que cuida da criança ou com o seu psicanalista”. (ANSERMET, 2003, p.14)

Portanto, cada discurso propõe dentro do referencial que lhe é próprio, diferentes leituras do fenômeno observado ou, se preferirmos, diferentes leituras do real. Alia-se a diferentes discursos para compor um cenário pluridimensional, que possa por em dúvida a certeza sobre a qual determinada enunciação repousa, propondo novos olhares e novos aportes. Não se trata, contudo, de negar as concepções de um ou outro discurso, mas de compreender os limites dessa proposta, ocupando-se do “resto” não generalizável da experiência da mulher sobre a maternidade e mantendo a necessária abertura e incompletude dos discursos nesse campo. Nenhuma disciplina pode pretender ter a palavra final sobre tal fenômeno e o esforço por manter instaurado esse debate constitui a dimensão ética decisiva do trabalho do psicólogo.

Para demarcar essa antinomia sustentada pelo discurso da ciência e o discurso da psicanálise, façamos um retorno à Freud. No seu percurso de descoberta das afecções mentais deparou-se com a histeria. Tratava-se de uma doença que embaraçava os médicos da época, pois a sintomatologia descrita não era compatível com a anatomia dos corpos. A histérica poderia produzir, não-intencionalmente, qualquer afecção somática sem necessariamente de fato tê-la. Não era uma boa doente aos olhos médicos. Engana e questiona o saber médico,

colocando-o num impasse. E tipicamente ouvirá deste: “Voce não tem nada”. Complementaria: nada que possa ser compreendido e tratado pela ordem médica. A hipótese freudiana do inconsciente versa justamente em acolher o contingente e o insabido.

“A posição psicanalítica não é a de compreender, mas de deixar um lugar para a surpresa, para o encontro, para a contingência. Trata-se de nós mesmos aprendermos a ser leves, a fim de descongelar o outro, para que se abra novamente um espaço de potencialidade, mais além das forças constrangedoras do acontecimento médico e de suas dimensões traumáticas. Medimos a que ponto tal posição pode ser precária no país dos saberes estabelecidos. Mas nem por isso somos hostis para com a ciência, tampouco obscurantistas” (ANSERMET, BORIE, 2007: 154).

Na medida em que o discurso médico não pode responder às demandas produzidas por estes fenômenos, ele não pode imperar sozinho e abrem-se novos espaços para a multidisciplinaridade no hospital. A interferência de motivações inconscientes produzindo desordens corporais é a mola mestra propulsora da psicanálise nestes espaços.

Moretto (2001) em seu livro *O que pode o analista no hospital* estabelece uma diferenciação entre o discurso médico e a psicanálise. Vejamos:

“O discurso médico tem uma função silenciadora em que a fala do sujeito é ouvida para ser descartada. Os médicos prestam muito pouca atenção ao que dizem os pacientes a respeito dos seus sintomas, imaginando que não podem tirar nenhum proveito disso, nada valioso de suas comunicações, porque o discurso médico não teria como codificar o sofrimento subjetivo do sintoma, o lugar que o sintoma ocupa no psiquismo; não teria como agrupá-lo como sinais característicos de uma determinada síndrome. Já o psicanalista não tem uma função silenciadora, mas sim uma função silenciosa, que promove a proliferação da fala do sujeito, pois tendo um outro referencial teórico, ele sabe que essa seria, talvez em lugar dos sintomas, uma via possível de emergência do desejo. Isso não autoriza o analista dar o tipo de opinião que o médico está autorizado quando não encontra sinais objetivos para o sofrimento do paciente: “Não há problemas com o senhor”. A medicina não pode levar em conta esse “mal-estar” subjetivo (pelo qual a Psicanálise tanto se interessou), porque sobre isso ela não tem nada a dizer.” (p. 70).

Enquanto a medicina se ocupa do que pode ser generalizável, a psicanálise de ocupa do singular, do que não pode ser categorizado. A psicanálise privilegia a fala, a construção simbólica do sujeito no entorno da sua afecção, a medicina coleta os sintomas para transformá-los em sinais e signos que correspondem a doenças já catalogadas. E é esta inter-relação que aparece no hospital exigindo posicionamento ético dos protagonistas envolvidos nesta cena.

A partir deste alerta, pode-se considerar uma discussão acerca do discurso médico e sua relação com a maternidade na contemporaneidade dado o avanço das biotecnologias, com suas possibilidades e limites.

O avanço da tecnologia mudou consideravelmente a relação da mulher com seu corpo, com a procriação, com os modos de filiação e com a infertilidade. Décadas atrás, o casal que não conseguia gerar filhos naturalmente, recorria a duas opções: a adoção ou ao conformismo de uma relação sem filhos. A biotecnologia, desconfigura este cenário, e hoje a infertilidade é minuciosamente investigada e múltiplas possibilidades são oferecidas ao casal infértil: inseminação artificial, fertilização *in vitro*, transferência de embriões, dentre outros. (RIBEIRO, 2004).

Mulheres, em número crescente, têm adiado para cada vez mais tarde a constituição de suas famílias, postergando a vinda do primeiro filho até próximo ao final do ciclo reprodutivo. (GOMES et al, 2008)

A possibilidade do controle feminino sobre a reprodução e seus limites, a escolha sobre a condição de ter ou não filhos, a maior incidência do divórcio, o investimento da mulher na carreira profissional, a realização do casamento tardiamente em comparação às gerações anteriores, exigências socioeconômicas, a divisão social de papéis, o avanço das técnicas de reprodução assistida e dos métodos contraceptivos, entre outros fatores têm colaborado para a transformação da conjugalidade. Passamos do momento sócio-histórico onde o casamento e a maternidade eram destinos para as mulheres para a condição de opção (GOMES et al. 2008; SARTI, 2005).

A escolha reflexiva da maternidade / paternidade e parentalidade vai se consolidando, sendo tanto maior quanto maior seja o acesso à informação, à cultura e ao conhecimento especializado. (SCAVONE, 2001).

No Brasil, em 2009, segundo dados do IBGE observou-se que 10,24% dos bebês nascidos vivos tinham mães com idade superior a trinta e cinco anos, sendo que este dado em 2007 circulava em 9,86%. Em São Paulo, 14,9% dos nascidos vivos têm mães com idade superior a 35 anos. Em Porto Alegre, assiste-se a mais alta taxa do país com 16,57%. (IBGE, 2009 apud, RIOS_LIMA, 2012).

Anteriormente, os critérios médicos apontavam que a gestação após os 30 anos de idade era avançada. Com a evolução das práticas de acompanhamento

obstétrico e estilo de vida, considera-se que a idade reprodutiva da mulher começa a declinar consideravelmente após os 35 anos de idade. Este mesmo critério médico não se equivale quando se afirma os limites biológicos do homem, que não está sujeito a esses contornos temporais. (RIBEIRO, 2004).

A maternidade concretizada no limite aponta para o mal-estar da mulher frente às exigências da contemporaneidade. (Gomes et al, 2008). Para além desta questão, marca ainda a probabilidade aumentada de reveses (abortos, anormalidades fetais, DM, HAS, hemorragias antepartos, partos prematuros, baixo peso do bebê, sofrimento fetal e outros) sobre a experiência da maternidade. (MILNER, BARRY-KINSELLA, UNWIN, HARRISON, 1992; POSTMONTIER, 2002; VERSELLINI e cols, 1992; apud. GOMES et al, 2008).

O fenômeno do adiamento da maternidade enquanto uma realidade cada vez mais crescente na contemporaneidade não é sem fundamento que tenhamos assistido um número também crescente de desordens biomédicas nesse percurso. E, por isso, toda tentativa de tratar unilateralmente este problema encerra em superficialidade deste problema que carrega as marcas das transformações hipermodernas.

Tedesco (1997) vai sustentar que somente a premissa idade avançada não pode ser considerada automaticamente como fator de risco. Outras condições devem ser avaliadas para definir critérios de risco na gestação. Alerta que a ansiedade materna, de modo semelhante à idade tardia, pode interferir negativamente no processo da gestação, parto e puerpério. A ansiedade neste período de vida da mulher de acordo com estudos demonstrados por Gomes et al (2008) indicam que os mesmos se relacionam com sintomas aumentados por tensões musculares, distúrbios fisiológicos, disfunção uterina (PETRIE, WILLIAMS, 1996), e interferem ainda na contratilidade uterina no momento do parto (PETRIE, WILLIAMS, 1996; MALDONADO 2002). Demonstram também que gestantes com grau elevado de ansiedade tendem a ter filhos cujo Apgar²⁴ é considerado baixo. (PETRIE, WILLIAMS, 1996; MALDONADO 2002).

²⁴ Escala ou índice de APGAR consiste na avaliação de 05 sinais objetivos (frequência cardíaca, respiração, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor da pele do recém-nascido realizado no primeiro, quinto e décimo minuto após o nascimento). Trata-se de um índice que orienta o ajuste imediato do recém-nascido à vida extra-uterina. Uma nota entre 08 e 10 significa que o bebê nasceu em ótimas condições. Abaixo disso, já se observam graus de dificuldades que podem repercutir na saúde global do neonato. (BRASIL, 2011).

Estes estudos demonstram a correlação de fatores biológicos e psíquicos que atuam promovendo reveses no curso da gestação. Deste modo, tais variáveis devem ser analisadas em conjunto e a máxima do trabalho multidisciplinar deve ser respeitada. Não se trata de excluir os fatores médicos que se configuram como risco à saúde materna e fetal, sabemos da eficiência da medicina no combate à mortalidade materna e neonatal, mas de assegurar uma avaliação mais globalizada que inclua fatores subjetivos, história de vida e a condição social da gestante. Desse modo, podemos relativizar problemas, flexibilizar medidas de cuidado e evitar classificações apressadas.

“A gravidez em idade avançada deveria perder a conotação de “não-natural”, e passar a ser considerada como uma resultante de mudanças sociais e progressos médicos, merecendo maiores preocupações apenas depois de uma avaliação pormenorizada da complexidade de aspectos que podem estar associados às eventuais complicações.” (GOMES et al, 2008, p.105).

Contudo, essa não é uma trajetória fácil. Acima observa-se que os avanços tecnológicos não respondem a todos os casos satisfatoriamente e aspectos subjetivos deste casal ganha relevo para explicarmos as motivações de ter ou não ter filho. Do que se trata? De que modo as concepções do que é ser pai / mãe interfere na fertilidade? A história de vida deste casal, como foram gestados, desejados e acolhidos no seio familiar? As impossibilidades geradas pela mudança no cotidiano da vida do casal após o advento dos filhos pode perturbar o processo de decisão/escolha pela maternidade/paternidade? As exigências socioculturais e a ambição profissional concorrem com esse processo?

Braga (2005) nos alerta sobre esta condição na contemporaneidade:

“A infertilidade, principal móvel das pesquisas e, atualmente, também fabricada pelo modo de vida contemporâneo, através de seus imperativos da excelência do fazer e do realizar, além das condições ambientais, alimentares e do stress cotidiano, tem sido sempre, na história, fonte de preocupação e estigma social” (p.11).

Os estudos (RIBEIRO, 2004; SCHUPP, LIPP, 2005; SARTI, 2005; GOMES et al, 2008), apontam que a decisão do adiamento do projeto parental é delegada à mulher, entre outras tarefas desenvolvimentais desse processo. Isso ocorre devido às mudanças na divisão social de papéis e ao investimento crescente em profissionalização e carreira. Ter filhos passa a ser mais um projeto dentre outros exigidos pela norma que regula a sociedade hoje. Desse modo, aspectos

socioculturais não podem ser excluídos do processo de entendimento sobre o fenômeno da maternidade tardia, nem tampouco, desconsiderados o modo como fatores como a maternidade e a conjugalidade afetam a mulher. (SCAVONE, 2001).

Verifica-se que a maternidade tem sido postergada para idades cada vez mais próximas do final da vida reprodutiva das mulheres. Este fato se coaduna com a crescente presença da infertilidade entre os casais. A infertilidade seria um sintoma do mal-estar contemporâneo? Dados obtidos recentemente demonstram que grande parte dos casais que buscam auxílio médico para tratar a reprodução assistida tem em média 35 anos ou mais, sendo o percentual de 30% de mulheres acima de 40 anos. (RIBEIRO, 2004).

“A técnica médica, portadora de uma arrogância devida a seu saber “científico” sobre os mistérios da procriação, substitui o desejo. Como o desejo jamais conhece, realmente, seu objeto, a técnica médica se mostra mais firme e segura que ele. Mas, igualmente, a contracepção e a IVG deram a liberdade real e imaginária de fazer o que se quer quando se quer. Essa nova liberdade, impossível, acarreta um deslocamento do momento da decisão até os limites do risco do fracasso. As mulheres entram, assim, em uma lógica do desafio. Elas esperam, até arriscarem-se a não mais poder ter um filho, para decidirem-se a querer tê-lo. É preciso, então, forçar a natureza e, as vezes, pode-se esperar muito tempo.” (CHATEL, 1995, p. 57)

As mudanças no contexto sociocultural foram acompanhadas pela medicina que desenvolveu técnicas diversas para oferecer possibilidades terapêuticas de cura ou alternativas para aplacar as deficiências do casal dito infértil. Contudo, como observa Chatel (1995), a medicina da procriação, concebe a mulher como “puros corpos”, puro organismo. Desconsidera o agenciamento particular que organiza e reformula a fecundidade de cada mulher. A identidade sexual estaria reduzida a uma equação simplificada: o entrelaçamento dos cromossomos XX e XY para garantir bons resultados. Alertaremos que a filiação obedece a caminhos mais complexos.

Em 1978, foi concebido em laboratório na Inglaterra, o primeiro bebê de proveta. E de lá para cá outras tantas técnicas surgiram. A inseminação artificial considerada medicamente como a mais simples e mais difundida, consiste na introdução de espermatozoides, previamente selecionados em laboratório, na cavidade uterina num período de ovulação da paciente. Esta técnica tem eficácia de aproximadamente 25% de gravidez em média de 04 tentativas. A fertilização in vitro, por sua vez, em 2º lugar no *ranking*, pode ser utilizada sozinha ou mesmo em conjunção com outras técnicas mais sofisticadas. (RIBEIRO, 2004).

Independentemente da técnica adotada esses casais experimentam uma verdadeira revolução no seu cotidiano: a presença constante das equipes especializadas controlando a sua intimidade. Nos métodos de RA a procriação deixa de ser o produto de um ato sexual para ser um ato medicalmente assistido. Quais as repercussões desse evento? Os avanços da ciência podem ter efeito sobre a realidade psíquica desse casal ou mesmo da forma como estes conceberam este filho?

A Reprodução Assistida (RA) é o termo do qual se nomeia uma diversidade de métodos médicos e biotecnológicos que possibilitam a realização (ou pelo menos é isso que se objetiva), de gestações que por múltiplos impedimentos não poderiam ocorrer pelo método natural, pelo ato sexual. Amplamente divulgadas em diversos meios de comunicação, a difusão dessas práticas podem ser assistidas nas novelas globais. O que se promove é a possibilidade de realizar o sonho do filho próprio, contornando o problema da infertilidade.

Observa-se que o avanço científico tem promovido não somente a possibilidade de ter filhos consanguíneos, mas também a possibilidade de que este filho possua as características, sejam estas adquiridas por material genético, desejadas por esses pais. Em paralelo as tecnologias reprodutivas surgem um arsenal de técnicas complementares, como o diagnóstico genético pré-implantacional, que pretendem a verificação de anomalias cromossômicas; o congelamento de gametas, de fragmentos de tecido ovariano ou das células do cordão umbilical. (RAMÍREZ-GALVÉZ, 2003).

Com o acelerado desenvolvimento destas técnicas, o seu aprimoramento visa à qualidade do embrião o que promove uma crescente discussão sobre os rumos desta batalha em busca da “perfeição”. Sabemos que, por natureza, somos imperfeitos, incompletos e insatisfeitos. Este último adjetivo, deve regular a corrida do homem em busca da imortalidade, da perfeição e da felicidade, nossos ideais contemporâneos. O que implica em colocar em jogo questões bioéticas, o limite do humano e da ciência.

A RA se traduz como uma possibilidade de resolver a ausência de filhos para um casal, concede à mulher a vivência corporal da maternidade, tão reativada e valorizada na contemporaneidade e vinculada à feminilidade. E, mesmo nos casos que não se pode ter sucesso, cumpriria a RA uma função simbólica, a de permitir que esse casal ou essa mulher possam se posicionar social e pessoalmente como

cerceados da descendência consanguínea, cujo patrimônio genético não poderá ser transmitido e perpetuado. (RAMÍREZ-GALVÉZ, 2003).

A RA oferece novos contornos subjetivos a uma velha condição humana: procriar e dar continuidade a sua existência através das gerações que se sucedem. Legado este, primordial ao homem. O desejo de conceber um filho carrega inscrições antigas, inconscientes, às vezes inconfessáveis, cujo manto fantasmático produz significados para a identidade do casal e do futuro herdeiro. Tais inscrições podem ser potencialmente negativas em RA. Sabemos que a despeito da evolução médica nesses cuidados as taxas de sucesso são relativamente baixas. Expectativas, frustrações, impotência, inferioridade, incompetência materna, são alguns significantes que circundam o universo psíquico dessas experiências, atualizando velhos e novos fantasmas. Quais os novos contornos que se estabelecem para esses casais?

Freud (1908), fala sobre o Romance Familiar para apontar o modo de entrelaçamento das fantasias que imaginariamente construímos sobre nossos pais. Os laços parentais resultantes do Complexo de Édipo demarcam as fronteiras do modo como nos apresentamos ao mundo. Por exemplo, a criança supõe, irrealisticamente, que foi achada no lixo pelos pais e por isso ela é a menos amada que os irmãos. Esta referência freudiana nos faz refletir sobre a intervenção das técnicas de RA no romance familiar. Que fantasias podem ser re-editadas ou potencializadas nesse processo, onde é necessária a intervenção de um terceiro (um médico) para a concretização da concepção?

“O ato sexual deixa de ser o elo de entre as gerações: a tecnologia toma o seu lugar. Questões ligadas à filiação tornam-se complexas: uma criança pode ser concebida a partir da doação de esperma e/ou óvulos; ter a herança genética de três pessoas; ser gerada por um parente próximo ou por um desconhecido; ser filho de uma mãe solteira ou de uma dupla homossexual. Podemos falar em novas figuras parentais e novos modos de filiação. Na história da humanidade isso é inédito, sendo um vasto campo de investigação para a Psicanálise” (RIBEIRO, 2004, p. 30).

Não se trata de pensarmos as RA como um problema a ser extirpado. Sabemos dos inegáveis benefícios que a ciência promove com seus artefatos, discutiu-se ao longo deste trabalho tal viabilidade do discurso médico e dos seus operadores. Trata-se, sobretudo, de incluir no debate, cuidadosamente, o impacto do seu uso, de

que modo esse processo pode gerar sofrimento psíquico e seus correlatos, bem como as marcas produzidas na vida do casal, do bebê e das futuras gerações.

A partir deste referencial podemos localizar que a reprodução assistida não deve ser tarefa exclusiva do médico, mas englobar outros profissionais (psicólogos, psicanalistas, nutricionistas, fisioterapeutas e outros) para que multidisciplinarmente os olhares se ampliem sobre a complexidade deste fenômeno.

A biotecnologia está a serviço dos casais inférteis, mas sozinhos, ou melhor quando considerados como fator único de cuidado e investigação, podem produzir efeitos iatrogênicos e resultados não esperados. Entende-se que a gestação não se resume simplesmente a um advento biológico. Outros fatores somam e colaboram para que a maternidade / paternidade seja possível. Com isso, aprendemos que aspectos subjetivos e intergeracionais moldam ou reformulam as concepções sobre casamento, maternidade e conjugalidade, apoiadas nas premissas do mundo contemporâneo.

Observa-se ainda que as tentativas de realização do desejo de ter um filho, de transmitir sua herança genética podem trazer momentos de vívidas emoções na vida do casal. Os desejos nesta trajetória encerram um emaranhado de significações complexas e inconscientes que forma nosso senso de identidade. A nova vida que se apresenta sob a responsabilidade deste casal não está imune a ser tocada por essas vivências e antigas inscrições. Estas questões devem ser cuidadosamente consideradas, bem como o seu impacto para a futura geração. Vê-se, contudo, que conceber e ter um filho pode ser uma oportunidade de reconsiderar seus fantasmas, a elaboração de conflitos inconscientes ligados ao infantil - que vivem adormecidos ou muito vívidos em nós. Sabe-se que uma criança só pode advir na ressonância destes múltiplos efeitos e desejos do casal parental. E a psicanálise pode se constituir como instrumento eficiente para problematizarmos estas questões.

4 A PSICANÁLISE E O MAL-ESTAR DA REPRODUÇÃO

*Ficaram traços da família
Perdidos no jeito dos corpos.
Bastante para sugerir
Que um corpo é cheio de surpresas.*

(Carlos Drummond de Andrade)

4.1 A PSICANÁLISE E A INVENÇÃO DA MULHER

Freud empenhou seus estudos num tempo em que o lugar da mulher era declaradamente nos limites da inferioridade social. O homem estava em primeiro plano e sua obra foi influenciada por estes determinantes culturais. Por isso talvez não tenha conseguido avançar no terreno da feminilidade. A clínica freudiana se assenta na experiência com as histéricas: mulheres que não encontravam espaço para sua fala, deslocando para o corpo – em sintomas conversivos e dissociativos – a linguagem codificada do recalque e da repressão de desejos inconscientes. Possivelmente, a formação desses sintomas históricos se relacionam à conjuntura social do seu tempo. (CORDEIRO, et. al, 1999).

Apesar da obra freudiana, como veremos, não conseguir responder ao enigma da feminilidade, tem-se na produção clínica e teórica deste célebre autor, pontos de partida, esboços consistentes que nos ajudam na direção de novos postulados nos tempos atuais. A mulher contemporânea difere vincadamente da mulher freudiana do final do século XIX e início do século XX, da cidade de Viena e seu retrato sócio-cultural. Articular os conceitos freudianos à cultura atual exige a combinação de releituras de sua obra, que mantêm a psicanálise como discurso capaz de oferecer ferramentas para a compreensão da feminilidade.

Freud, sob um olhar evolutivo-histórico, constrói hipóteses no que concerne a temática do feminino. Para tanto, elege-se alguns textos freudianos que expressam marcas evolutivas do seu percurso clínico e da construção dos conceitos relacionados ao feminino. Trata-se, obviamente, de um recorte, dada vastidão de sua obra. Os textos escolhidos fazem eco na proposta deste subcapítulo para demonstrar as discontinuidades na construção do feminino em Freud, seus pontos de conflito, seu posicionamento conservador e discurso heterogêneo sobre esta

problemática. São eles: Sobre a Teoria da Sexualidade (1905), A dissolução do Complexo de Édipo (1924), Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos (1925), Sexualidade feminina (1931), Feminilidade (1932) e Análise terminável e interminável (1937).

Destaca-se destes artigos dois momentos fundamentais: *O monismo sexual*, percurso freudiano de 1905 a 1920, cuja ênfase teórica se debruçava sobre o desenvolvimento da sexualidade infantil e a perspectiva de que o feminino era o negativo do masculino, ou seja, a sexualidade da mulher é estruturada com base no modelo masculino; O segundo momento, que vai de 1924 a 1925 em que seu raciocínio teórico engloba uma particularidade à sexualidade feminina, nomeada de *devir feminino*. (ALMEIDA, 2012)

Na fase do monismo sexual, destacam-se: o conceito de pulsão como diametralmente oposto à idéia de instinto; a afirmação arrebatadora para a época sobre a existência de uma sexualidade infantil, autoerótica, perversa e polimorfa. Apresenta ainda que a finalidade da sexualidade não seria a reprodução mas o prazer, a excitação. E, por fim, o conceito de pulsão sexual, investida em diferentes objetos, com fonte de satisfação múltipla, variável e inconformada à genitalidade e à reprodução da espécie. Essas primeiras formulações freudianas já asseguram marcos evolutivos no pensamento das doutrinas filosóficas e científicas da época: saímos da perspectiva unívoca para o intento sexual. A descoberta do prazer como finalidade da sexualidade a afasta do domínio da biologia para o das representações psíquicas. A variabilidade sexual considerada aberração é incorporada por Freud como constituintes da sexualidade humana. Entretanto, ressalta-se que, embora a teoria da sexualidade freudiana apontasse para novos horizontes mantinha ferrenhamente, no que diz respeito à sexualidade feminina, vinculada à diferença anatômica entre os sexos. (ALMEIDA, 2012).

Freud (1905) nos três ensaios sobre a sexualidade propõe as bases para sua concepção de feminilidade. A hipótese de que só existiria um aparelho genital para os dois sexos: o pênis para o menino e o seu correspondente, o clitóris, para a menina. Este pressuposto coloca a sexualidade da mulher em simetria com a masculina. Ressalta ainda a condição de passividade no feminino e atividade no masculino articuladas as zonas erógenas.

Até este ponto temos um Freud controverso em suas formulações sobre a mulher. Em um primeiro momento, a partir do conceito de pulsão defende uma sexualidade plástica, variável, polimorfa e por isso, distanciada do determinismo biológico. No momento seguinte, seus enunciados recolocam as diferenças entre os sexos no decurso da anatomia dos corpos.

O Complexo de Édipo será o representante do embaraço freudiano no que diz respeito à resolução do Édipo para a menina. Ele observa que a trajetória feminina não é correspondente a do menino. A menina sairia deste processo ressentida em relação à mãe por não encontrar um representante simbólico que lhe garanta o acesso à feminilidade.

Da constatação do embaraço, Freud, pela primeira vez, se detém na tentativa de explicar os diferentes trajetos percorridos por meninos e meninas no que diz respeito à sexualidade. Abre-se espaço para o *devir feminino*, segunda fase do pensamento freudiano sobre o tema da feminilidade.

Este esboço começa em 1924, com o texto a dissolução do Complexo de Édipo em que Freud enumera as diferenças entre os sexos:

“Enquanto nos meninos, o complexo de Édipo é destruído pelo complexo de castração, nas meninas ele se faz possível e é introduzido através do complexo de castração”. (p.193).

“...Nos meninos, o complexo não é simplesmente reprimido; é literalmente feito em pedaços pelo choque da castração ameaçada [...]. Em casos normais, ou melhor, nos casos ideais, o complexo de Édipo não existe mais, nem mesmo no inconsciente; o superego se tornou seu herdeiro.” (p.194)

“...Esse complexo foge ao destino que encontra nos meninos: ele pode ser lentamente abandonado ou lidado mediante a repressão, ou seus efeitos podem persistir com bastante ênfase na vida mental normal das mulheres”. (p.195).

Vê-se no texto freudiano as marcas distintas entre meninos e meninas no processo psíquico de “vir a ser”. O complexo de Édipo seria uma pré-condição necessária a ambos para a constituição da sexualidade adulta, contudo a saída deste processo não se faria sem diferenças importantes para o menino e para a menina.

Na menina, há algo de um resto permanente e constante que a acompanha que não pode ser zerado ou abdicado. Neste intuito, Freud remonta à fase pré-édipica para observar que a relação da menina com a mãe é crucial para a construção da feminilidade.

Em *Sexualidade Feminina* (1931), Freud aponta que a menina encontraria três saídas do complexo de Édipo como possibilidades de tornar-se mulher: *A frigidez e a inibição* – correlata do sentimento de inferioridade, com o seu clitóris, que experimenta em relação aos meninos e o seu pênis, a menina renunciaria as atividades fálico-clitorianas e instalar-se-ia uma inibição que percorre outros campos da vida da mulher; *O complexo de masculinidade* – a menina sustentaria a possibilidade de ter o falo, o que poderia resultar em uma escolha homossexual manifesta; *Tornar-se mulher pela via da maternidade e pela passividade* - saída eficiente para a feminilidade. O desejo de ter um pênis seria substituído pela possibilidade de ter um bebê. Substituiria o gozo ativo masculino do clitóris pelo gozo passivo da vagina.

Temos aqui uma posição paradoxal em Freud. Sustentar a maternidade como destino para as mulheres re-atualiza a condição anteriormente discutida da ordem da natureza, instinto, bem como, prevê que outras saídas devem ser concebidas como desvio moral ou condição patológica.

Em seu artigo sobre a Feminilidade temos uma retratação freudiana acerca das questões anteriormente levantadas. Afirma não haver um substrato anatômico que pudesse predizer que um indivíduo é totalmente homem ou totalmente mulher. Alerta-nos que a correlação passividade-feminino e atividade-masculino não poderia ser considerada como verdade. Levanta ainda a problemática do social que influencia e regula normas de funcionamento ideal para homens e mulheres. (Freud, 1932)

Almeida (2012) vai constatar que nesse momento da obra freudiana tem-se uma abertura para a concepção da feminilidade que ultrapassa a diferença entre os sexos. Acrescenta:

“Seu percurso em relação à sexualidade feminina leva-o a destacar o complexo de castração como condição de distinção entre os sexos, mostrando um vínculo entre o processo de sexuação feminina e a cultura. Coloca a mulher como um vir a ser, ou seja, considera a formação da feminilidade como um processo em devir” (p. 38).

Para selarmos este percurso freudiano, em *Análise Terminável e Interminável* (1937), temos o conceito de feminilidade elevado à dimensão de característica comum a homens e mulheres, sustentados sob a premissa de equivalente da aceitação da castração.

“A feminilidade passa a ser um conceito para além da diferença entre os sexos, uma experiência de perda dos emblemas fálicos e de falência narcísica, determinante para os indivíduos se situarem, enquanto sujeitos sexuados, em nossa cultura.” (ALMEIDA, 2012, p. 39).

A maternidade, na concepção psicanalítica freudiana, foi considerada uma experiência que viria a realizar a equação fálica para uma mulher. O bebê seria, dessa forma, um substituto do falo. Entretanto, essa acepção escamoteia a lógica subjacente desse processo para a mulher que “reatualiza sua condição feminina perante a castração e, portanto, sua condição de não-toda no gozo fálico”. (JERUSALINSKY, 2009, p.122). Este subcapítulo pretende a reflexão destes entraves simbólicos que, aliados ao modo de circulação social da mulher contemporânea, apontam outros destinos para esta equação.

Vejamos a proposição freudiana:

“A renúncia ao pênis não é tolerada pela menina sem alguma tentativa de compensação. Ela desliza – ao longo da linha de uma equação simbólica, poder-se-ia dizer – do pênis para um bebê. Seu Complexo de Édipo culmina em um desejo, mantido por muito tempo, de receber do pai um bebê como presente – dar-lhe um filho. Tem-se a impressão de que o complexo de Édipo é então gradativamente abandonado de vez que esse desejo jamais se realiza”. (FREUD, 1924, p. 198).

Freud (1924), em a Dissolução do Complexo de Édipo, ressalta que a menina, como saída eficiente frente à castração, teria como saldo deste percurso a possibilidade futura de “receber do pai um bebê como presente” (p.198). Essa promessa edípica “um dia poderás ter um bebê” permitiria que a menina se dirigisse ao pai – enquanto detentor do falo -, como objeto de amor, que viria a suceder o amor para com a mãe. Deste modo, ao saber-se castrada, a menina teria na maternidade a possibilidade de ir em busca do que lhe falta, um saber próprio do feminino ancorado na questão de que se sabe como não portadora do falo, mas que sabe dos meios para buscá-lo.

Nesse ponto um impasse se faz presente: enquanto a masculinidade obedeceria à ordem da transmissão, a feminilidade diria respeito à invenção, a cargo de cada mulher (ALMEIDA, 2012).

Zalberg (2003), em sua obra sobre a Relação Mãe-Filha vai reiterar essa afirmativa referindo que a criança esperada do pai, na resolução do Complexo de Édipo, deve ser pensada em caráter simbólico. Tratar-se-ia de uma esperança que,

embora impossível, deve ser mantida como supostamente realizável até que a menina possa renunciar a essa demanda.

Jerusalinsky (2009) usa a expressão “falo hipotecado na promessa da maternidade” (p,123) para referir-se ao saldo da menina do Complexo de Édipo. Sua hipótese baseia-se nas falas de crianças pequenas pré-recalque confrontadas à lógica do feminino: as meninas um dia tiveram o falo, mas o perderam. Essa fantasia encontra correspondência simbólica uma vez que não se trata de um corte no real do corpo, mas a perda da sua condição de falo para a mãe, enquanto bebê. Todo adulto, na sua tenra infância, ocuparia o lugar de rei, absoluto e completo para sua mãe, ou melhor, seria o falo da mãe. A feminilidade se estruturaria nesta questão freudiana: não ser, não ter um falo e ainda obter daí um gozo. (Jerusalinsky, 2009).

Jerusalinsky (2009) vai discutir que a constituição da condição feminina se sustenta ainda no temor da perda do amor e da perda da condição de objeto de desejo, sendo este um apontamento freudiano. De forma recorrente, o discurso das mulheres giram em torno dos jogos amorosos, de disputas com outras mulheres “o que ela tem que eu não tenho”, supondo a outra uma dimensão fálica da qual estaria privada. Esses jogos amorosos-sexuais não necessariamente implicam no desejo de ter um bebê, mas na possibilidade desta mulher de ser amada, como um dia fora pela mãe, ou seja, voltar a ocupar o lugar de objeto de amor e de desejo de Outro. Somente na concretude desta possibilidade, um bebê poderia daí advir.

Como tratar esta questão? Um falo hipotecado na maternidade? Ou melhor, a maternidade seria via exclusiva de realização fálica para uma mulher? Como pensarmos nesta condição feminina articulada ao contexto contemporâneo, cujo lugar social da mulher a coloca a frente de novas equivalências de realização fálica? Ter um bebê não parece ser via exclusiva de realização da mulher contemporânea, outros desejos concorrem.

Observa-se uma diversificação na aposta de concretização da experiência fálica das mulheres nos tempos atuais. As nossas meninas já não brincam somente de boneca, em uma projeção do desejo de ser mãe, ou mesmo brincam de cuidar da casa e outros afazeres da vida privada em família. Meninas de hoje brincam de trabalhar fora, ter profissão, vestem-se com fantasias de super-heroínas destemidas que encarnam performances de força e poder, como resposta aos ideais-do-eu da cultura em que estamos inseridos.

Jerusalinsky (2009) refere que as meninas contemporâneas, em suas brincadeiras infantis que englobam outros desejos que não só a maternidade, “o fazem sem esquecer o detalhe do penteado e a combinação do vestuário” (p.125). Acepção esta que demarca a condição da feminilidade. Pode-se apoiar em interesses ditos masculinos, que contornam falicamente o corpo, mas não deixa de articular outra dimensão do gozo que reincide sobre este corpo e que o recobre e tampona como supostamente fálico, tornando-o belo e desejável.

Na contemporaneidade, estaria a mulher implicada em diferentes gozos: ser mulher, ser mãe, ser profissional. Esta última guardaria uma suposta simetria entre meninos e meninas, na realização de ideais e dívidas simbólicas das famílias atuais.

Quais as consequências destes arranjos?

“Tampouco é infrequente mulheres que, após priorizarem a realização econômica e ou profissional e postergaram durante anos o projeto de ter um bebê, cheguem a tratamento ao se encontrarem em idade limite da fertilidade, invadidas por uma irrupção de angústia. Elas experimentam o destempo entre o que seria um tempo subjetivo necessário para percorrer as equivalências fálicas antes de chegar ao bebê; o tempo cronológico implicado em tais realizações; e o limite temporal interposto pelo real orgânico da fertilidade. Ou seja, se virtualmente todas as equivalências fálicas podem ser percorridas, o tempo da vida faz necessário precipitar-se em uma escolha”. (JERUSALINSKY, 2009, p. 127).

A autora constata que a maternidade como realização da promessa edípica não resolve a angústia de castração, ao contrário, esta reaparece, volta à cena. A disputa fálica aqui não se aquieta, se agiganta. Ao tempo de múltiplas exigências, a maternidade, dividida com outros espaços e desejos, impulsiona sofrimento psíquico.

A equação fálica freudiana não previu a “independência financeira” ou a “realização profissional”. Mas na contemporaneidade, o contingente feminino tem experimentado estas realizações em concorrência com a maternidade, haja vista o fenômeno do adiamento da maternidade até o limite biológico da fertilidade, discutido anteriormente neste trabalho.

Esse embate no mundo do trabalho parece colocar homens e mulheres em condição de simetria quanto a essa realização fálica. Entretanto, Jerusalinsky (2009) nos alerta que o fato desta mulher usufruir de um gozo fálico não a deixa imune às marcas que constituem sua condição feminina. Isso posto, entende-se que somente como semblante este lugar pode ser visto como de proporções harmônicas.

Observa-se aqui uma mudança na equação fálica proposta por Freud. Dada conjuntura social, a equação pênis-falo-bebê estende-se para pênis-falo-trabalho e o bebê, somente no *a posteriori* pode vir ali a somar-se. (JERUSALINSKY, 2009).

“Desse modo, a maternidade frequentemente é experimentada como uma passagem que desloca e diversifica para as mulheres o investimento da realização fálica antes centrada no trabalho, sem retorno possível (imediato ou permanente) após a maternidade para a mesma posição em relação ao campo profissional. Assim, maternidade e trabalho são vividos imaginariamente como concorrentes opostos na realização fálica, pelo qual o investimento crescente em um implicaria necessariamente o desinvestimento proporcional do outro. É aí que a angústia de castração vem bater novamente à porta, ou melhor, entra sem avisar”. (JERUSALINSKY, 2009, p. 128).

É no advento dos múltiplos papéis que se faz presente a impossibilidade de ser-tudo, de dar conta de tudo, que se constata a *falta-a-ser*. Os novos contornos sociais acentuam a angústia de castração, inflacionando a mulher contemporânea frente a diferentes destinos.

A maternidade acentua esta marca da castração à medida que confronta a mulher com a diferença sexual, destacando a assimetria com os homens em relação ao mundo do trabalho. Sendo mãe agora posso lançar-me e competir no mercado de trabalho com a mesma igualdade que os homens? Terei tempo para a ascensão profissional tão desejada? Esta é uma questão que assombra o imaginário feminino.

Já se ponderou neste trabalho que a responsabilidade pelo cuidado dos filhos ainda é, a despeito das transformações sociais deste campo, em grande parte, delegada à mulher. Este dado corrobora a divisão simbólica acima representada, pois resgata a expressão célebre e clichê: jornada dupla de trabalho feminino.

Neste caso, a frase de Napoleão, resgatada por Freud (1924), “a anatomia é o destino” confirma a condição feminina perante à castração, na experiência da maternidade, restrita biologicamente às mulheres. Mesmo subjetivamente, o lugar ocupado pelo bebê na economia psíquica daquela que está em posição feminina é marcadamente diferente da posição masculina. O que acentua, mais uma vez, a diferença sexual. Anteriormente discutiu-se que as considerações anatômicas não são suficientes para responder à questão: “o que é uma mulher?”.

A discussão aqui travada coloca a maternidade em dupla via: funciona como modo de realização da equação fálica, mas também deflagra uma falta. Vou

exemplificar: a realização de ter um bebê ameaça o retorno à carreira profissional ou a gestação pode comprometer a condição do próprio corpo como objeto de desejo.

Jerusalinsky (2009) ressalta esta problemática:

“É fato que o cobertor fálico é sempre curto: ao espichá-lo daqui, ele descobre dali. A angústia de castração é justamente esse esteio deixado pela retirada do falo que se esvanece, pelo que aparece toda vez que o fluxo fálico recua e mostra a areia, nos diz Lacan (1962-1963) em seu seminário sobre a angústia”. (p.130).

A autora vai nos trazer uma série de exemplos clínicos que deflagram a relação da mulher com a falta:

“Escutamos mulheres evocarem os primeiros tempos dedicados aos cuidados de um bebê de modo extremamente ambivalente: por um lado, desfrutando do idílio de estar “fora do mundo com esse bebê”; por outro, lamentando estar “fora de circulação social” do trabalho, da produção cultural, do desejo sexual. Por um lado almejando “sair para trabalhar” e, por outro, “não conseguindo tirar o bebê da cabeça”. Em qualquer um dos pólos a angústia comparece. “Às vezes sinto que desapareci”, diz a mãe de um bebê, revelando a afânise que se apresenta como um dos modos da angústia na maternidade pelo temor do apagamento do sujeito diante de um objeto outrora tão desejado e agora supostamente presentificado”. (p. 130-131).

A mulher viveria uma divisão, própria do sujeito, de não poder ser todo. Mais ainda vive a ameaça de não ter e de não ser o falo, bem como, de perder a possibilidade de retornar ao lugar de objeto de desejo do Outro.

“Em tal cálculo do gozo fálico diante da maternidade, ou perde-se o bebê, ou perde-se o trabalho, ou perde-se o próprio corpo como fálico. Se a oposição imaginária entre a profissão e maternidade experimentada por mulheres na atualidade não foi calculada na equação de Freud, ela, mais uma vez, vem atualizar a velha questão dos efeitos produzidos pela angústia de castração para uma mulher. Nesse sentido, a maternidade, mais do que resolvê-la, vem relançá-la, ao deslocar metonimicamente a castração ao longo dos termos da equação fálica que jamais efetuam entre eles uma plena substituição”. (JERUSALINSKY, 2009, p. 132).

A experiência da maternidade na contemporaneidade estaria como correlato da condição feminina, a de não-toda no gozo fálico²⁵. Antes de ser mãe, a mulher já

²⁵ A mulher não-toda na função fálica corresponde a uma divisão: “parte está inscrita na função fálica, aquela que permite a um ser estar inserido no mundo simbólico, poder falar, comunicar-se, numa dada ordem cultural. Outra parte, está fora da ordem fálica, fora do simbólico e com isto queremos ressaltar que é da ordem do impossível de se dizer, do buraco, da falta. Esta partição feminina relativa ao gozo, aponta pois, um gozo dual: gozo fálico, da ordem do possível de ser dito; Outro gozo, aquele que a mulher guarda consigo por efeito de estrutura, uma vez que é da ordem do não-dito”. (GRANT, 1998, p. 251)

não seria inteira em lugar algum, parecia, tão somente encoberta pela aparente simetria em relação aos homens no âmbito profissional, à possibilidade de conjugação fálica.

Desse modo, a maternidade não só acentuaria a angústia de castração e a inconsistência do falo como também a aposta para a condição feminina, na qual “ser mãe”, não equivale ao “ser mulher”. (JERUSALINSKY, 2009).

Se a mulher espera com a maternidade responder ao enigma da feminilidade, do que é ser mulher, irá deparar-se com um problema circunscrito à fonte: “não há um significante que estabeleça de modo positivado o que é ser mulher” (JERUSALINSKY, 2009, p. 136).

Do lado feminino, não há o conjunto das mulheres, pois não existe uma exceção para fundar o universal de todas as mulheres. Se não há um universal, também não há uma exceção: *A Mulher* não existe. Isso não quer dizer que elas não tenham relação com o falo, ao contrário, pois não há mulher que não esteja em relação com a função fálica. [...] A Mulher não existe, as mulheres se contam uma a uma. No entanto, nem tudo do sujeito feminino tem relação com o falo, as mulheres não estão inteiramente inscritas na função fálica. É o *não-todo fálico* que define, por excelência, a posição feminina. Há uma incompletude fundamental do “ser mulher”, não permitindo qualquer categorização das mulheres. (QUINET, 2009, p. 107, grifo nosso).

Vou explicitar tal questão. Discutiu-se que para Freud, a maternidade seria a via de resolução, pelo menos a mais preponderante, de realização fálica para a mulher. E nesta perspectiva, “ser mãe” responde ao que é “ser mulher”. Contudo, se a escolha da maternidade interessa como via de resolução do gozo fálico para a mulher esta não resolve a condição feminina.

A contemporaneidade vem acompanhada de vários destinos para a mulher. Este enunciado resguarda a intenção de que ser mulher não se resume ao seu correlato biológico, da anatomia do seu órgão genital, ter ou não ter o pênis: “genital feminino permaneceu irrevelado” (FREUD, 1924, p. 194). Se aproxima, entretanto, como fator preponderante da combinação de leituras sobre esse corpo e suas insígnias sexuais em um circuito de desejo que percorreria diferentes caminhos: família – social – sujeito. (GRANT, 1998).

Sair do substrato anatômico inicialmente proposto por Freud permite entender o comportamento contemporâneo de mulheres, cada vez mais frequente, pela escolha da não-maternidade, discutido anteriormente neste trabalho. Não

poderia, por isso, atribuir a estas mulheres um caminho de não excelência para a feminilidade.

Ao final das elaborações freudianas, a feminilidade foi pensada como uma condição marcadamente singular, em que não haveria previamente um destino a ser cumprido. Estaria a feminilidade no cerne e no fundamento do sexual como regulador do vir a ser. A feminilidade, neste propósito, seria o substrato pelo qual homens e mulheres se confrontariam para lidar com a castração. Trata-se, desse modo, de uma mudança no registro da sexualidade, antes fundada sobre “ter ou não ter o falo”. (ALMEIDA, 2012).

Assim sendo, longe do ideal de completude fálica e onipotência narcísica, o sujeito encontraria na feminilidade a sua forma crucial de ser, incompleta, inacabada e por isso, desejante. Novas possibilidades de subjetivação se apresentariam nesse campo polissêmico.

Pensar a feminilidade como característica fundante do sujeito inclui a dimensão da fragilidade, imperfeição e finitude como marcas da condição humana. Marcas que todos nós teremos que elaborar.

“Seria a fragilidade humana, revelada pelo desamparo originário, que impediria frequentemente as pessoas de realizarem uma ruptura decisiva e efetiva com as insígnias da falicidade. Essa é contudo, a única possibilidade que lhes resta para se encontrarem criativamente com suas falhas e fendas incontornáveis, para desistirem definitivamente do pesadelo letal da completude e da suficiência” (BIRMAN, 1999, p. 129).

Birman (1999) nos propõe tornarmos humanos, demasiadamente humanos, na perspectiva de abdicarmos dos véus e das máscaras de completude e perfeição. A “feminilização da existência” – termo usado pelo autor – para sustentar sua proposta de que cada um possa escrever um texto próprio, que carregue um discurso singular sobre o mundo e uma leitura sempre relativa sobre os enunciados universais da verdade, do certo e errado, do normal e do patológico.

Outras leituras sobre a concepção da mulher e do feminino se interpõem e se conectam.

Grant (1998), em seu artigo sobre *A mascarada e a Feminilidade* aponta, em retomada ao trabalho apresentado por Joan Rivière em 1929, a perspectiva da mulher sob a insígnia da máscara, do semblante.

O trabalho de Rivière retrata um tipo de mulher, cada vez mais comum na nossa contemporaneidade, engajada no trabalho, com ampla vida cultural e social, esposa, mãe e mulher irretocável, que facilmente atribuiríamos uma nomeação “mulher fálica”, “mulher de posição masculina”. A autora se pergunta: “Como pensarmos essas mulheres-homens? [...] as mulheres que aspiram a uma certa masculinidade podem se revestir de uma máscara de feminilidade para afastar a angústia e evitar a vingança que temem da parte dos homens” (RIVIÈRE, 1929, p.303, apud GRANT, 1998). Propõe desse modo uma espécie de tessitura no qual se faz semblante de mulher, recobrando-se de suas aparências, marca-se o que há de masculinidade inerente a cada mulher.

O pensamento de Rivière faz jus à discussão aqui explicitada de que ser homem ou ser mulher imprime uma posição subjetiva, cujo discurso do sujeito o coloca diante de uma escolha – obviamente inconsciente, que pode não se alinhar com a sua anatomia.

O caso apresentado por esta autora remonta a cena de uma mulher casada, profissionalmente bem-sucedida que entra em análise por ver ameaçada a sua estabilidade pela formação de um sintoma – descrito como de apreensão e medo de que tivesse feito algo errado e para isso precisava estabelecer rituais obsessivos de re-asseguramento – nas noites que antecederiam suas apresentações e palestras públicas. O resultado do caso remonta a idéia formulada por Rivière da feminilidade: a divisão em ter o falo e não ter o falo, assumir a posição masculina e a posição feminina, como uma máscara. “Eterno drama da mulher não-toda submetida à ordem fálica [...] não haveria, portanto, diferença entre a feminilidade verdadeira e a que se reveste da máscara”. (GRANT, 1998, p. 252).

A divisão da mascarada põe em evidência a idéia de Lacan (1982), em seu Seminário “Mais, Ainda”, de que a mulher não existe. Não há um significante que a represente, trata-se de um lugar que permanece vazio. A máscara viria a recobrir este vazio indizível, essa inconsistência, esse vir a ser.

Kehl (1998) recoloca a influência dos ditames sociais na construção do que é ser uma mulher, em determinada cultura. A partir de normatizações sociais incorporamos modos de ser como verdades inatas. Fato que nos faz compreender que a constituição subjetiva não passa imune às transformações do social.

“O que é específico da mulher, tanto em sua posição subjetiva quanto social, é a dificuldade que enfrenta em deixar de ser objeto de uma produção discursiva muito consistente a partir da qual foi sendo estabelecida a verdade sobre a sua ‘natureza’, sem que tivesse consciência de que aquela era a verdade de alguns homens – sujeitos dos discursos médico e filosófico que constituem a subjetividade moderna – e não a verdade das mulheres”. (KEHL, 1998, p. 15)

Perguntaria que verdade é essa sobre a mulher, que nenhuma disciplina conseguiu responder. Se trataria, de semi-dizeres, de quase-verdades sobre o que é uma mulher.

Lipovetsky (2000) apresenta o nosso novo legado social: papéis diversificados, novos modos estruturais compartilhados com a mulher, mas ainda pouco palpáveis, sem identificação social clara, ambivalentes em seu propósito, confusos em seus sinais. Estes enunciados demonstram que, apesar das antigas representações do feminino ainda permanecerem arraigados nas formas de subjetividade atuais, observa-se o deslocamento do feminino para outros campos. A abertura para a emancipação das mulheres para outros espaços, escapando do destino da natureza, creditados aqui à maternidade, os caracteres inatos do cuidar e o espaço privado do lar. Esse novo esboço do feminino, entretanto, não encontra regularidades discursivas, mas já se aponta para a possibilidade de contarmos outras histórias, construirmos novos caminhos: um sutil deslocamento, um passo para novas formas de “ser mulher”.

“O destino do feminino entrou pela primeira vez em uma era de imprevisibilidade ou de abertura estrutural...Tudo na existência feminina se tornou escolha, objeto de interrogação e de arbítrio, mais nenhuma atividade é em princípio fechada para as mulheres, mais nada fixa imperativamente seu lugar na ordem social”. (LIPOVETSKY, 2000, p. 236).

Avançamos no tempo histórico e as mulheres começaram a exercer novas funções na sociedade. Emanciparam-se e seu lugar social não está mais restrito à reprodução, mas também a outras satisfações ligadas a ações produtivas. (Cordeiro, et. al, 1999). Mudam-se a conjuntura histórica, mudam-se também a produção dos sintomas e observamos novos engendramentos subjetivos, novas exigências sociais para atender ao que “é ser mulher”.

Cordeiro et. al. (1999) nos apontam um caminho possível para pensar a feminilidade. Em seu artigo sobre a depressão e o desejo de pro-criar nos alerta sobre a formação de novos sintomas da contemporaneidade, alicerçados na

fertilidade humana. Cada vez mais frequente os casos de infertilidade e o uso da biotecnologia para a reprodução de filhos. Para a compreensão psicanalítica destas manifestações sintomáticas ressaltam a existência de uma dívida em todos os sujeitos em relação à aquele que fora responsável pela nossa constituição. Explicitam casos clínicos cujo cerne do sofrimento baseavam-se em restos indizíveis desta relação mãe-filha, cujo saldo devedor não era possível de ser quitado. O resultado sustentava uma impossibilidade de pro-criar, produzir.

“A dívida, por ser simbólica, só poderia ser quitada com a própria produção, momento a partir do qual podemos dar, contribuir e, assim, transmitir; o que irá se prolongar num eterno continuum. A assunção da feminilidade e a conseqüente construção da singularidade favorece a produção e a transmissão. Portanto, a transmissão começaria quando quitássemos nossa dívida simbólica com as nossas origens, o que implicaria dizer que ela se realiza no registro filial. Pensamos que a questão central da transmissão se passa no registro da reprodução simbólica e não biológica”. (CORDEIRO et al, 1999, p. 23, grifo nosso).

Ser mulher parece ser da ordem de uma invenção. Pode-se assim então dar à mulher a marca da produção. Há de produzir para ser. Se não consegue pro-criar, produzir, inventar não será capaz de saldar sua dívida simbólica, de contornar seus vazios, de construir semblantes, como pontes para a construção da sua alteridade, de sua inscrição singular, aliada do seu desejo e advertida de suas impossibilidades. E esta produção assegura diferentes caminhos como atos legítimos do feminino: da procriação à não-reprodução.

“Se desejarem saber mais a respeito da feminilidade, indaguem da própria experiência de vida dos senhores, ou consultem os poetas, ou aguardem até que a ciência possa dar-lhes informações mais profundas e coerentes”. (FREUD, 1932, p. 134).

O enunciado freudiano aponta diferentes destinos: marca o quanto a questão da feminilidade permaneceu inacabada em sua obra, mas também opera sob a égide da invenção e de uma impossibilidade: esperem até que novos discursos – entre os quais, a filosofia, a ciência e seus artefatos biotecnológicos – possam contornar o enigma feminino. Acepção que demarca a vastidão deste território.

4.2 A MATERNIDADE E O VIÉS DA PSICANÁLISE

No fundo de cada palavra, assisto ao meu nascimento.

(Alain Bosquet)

Especialistas no assunto classificam uma série de fatores que podem perturbar a capacidade de engravidar, de manter o andamento da gravidez, do processo de parturição e da maternagem (capacidade de cuidar do bebê e o estabelecimento de vínculo com esta díade) entre os quais se destacam: a estrutura da personalidade, a capacidade da mulher de solucionar conflitos, suporte familiar (BIBRING, DWYER, HUNTINGTON, VALESTEIN, 1961 apud GOMES et al, 2008). SOIFER (1980) acrescenta a estes fatores outros eixos que oferecem aporte a esse período gravídico-puerperal: o estado psicológico da mulher, as condições do seu vínculo conjugal, bem como sua condição socioeconômica.

Dado o emaranhado de demandas associadas à maternidade, Tedesco (1997) coloca a maternidade como um evento estressor, um desafio adaptativo que atinge a mulher em diferentes aspectos: fisiológico, psicológico e social. Isfer (1997) corrobora esta tese ao considerar que toda maternidade é, em algum aspecto, sempre de risco, mesmo que não reúna as características médicas²⁶ que colocam em estado de alerta algumas gravidezes.

Tem-se aqui a maternidade definida como um evento que pode desencadear uma ruptura emocional para a mulher como também inaugurar um processo adaptativo de potencial resolução de conflitos com o cumprimento das tarefas desenvolvimentais esperadas que vão desde a aceitação da gravidez até o estabelecimento do vínculo mãe-bebê. (MALDONADO, 2002).

Chatel (1995) já alertava para a revolução nos tempos modernos na vida reprodutiva das mulheres. A possibilidade de escolher ter ou não ter filhos, decidir

²⁶ : “A medicina considera gestações de alto risco fatores presentes antes da gestação e os que advêm deste percurso. No primeiro grupo podemos citar: idade da mãe, doença materna, história obstétrica desfavorável, doenças hereditárias e consanguinidade. O grupo posterior reúne HAS, DM gestacional, infecções maternas, alterações ecográficas e outros. (TEDESCO, 1997)”. A medicina, enquanto discurso, trabalhará com fatores evidentes que possam perturbar o percurso de uma gestação. O debate com outros campos de saber visa alertar que outras lógicas podem perturbar ou subverter a biologia.

pelo momento mais oportuno, associado aos avanços da medicina e da engenharia genética, não sairia sem custos para a mulher contemporânea. Qual o preço? Essa é a questão que pretende-se levantar.

Torna-se complexo tratar deste tema, dado a constelação de fatores que criam redes e nexos no modo como a maternidade pode ser analisada. Não somente fatores sócio-políticos, nem tampouco biomédicos são responsáveis pelas transformações deste fenômeno, mas especialmente a conjunção de que as gestações carregam em seu ventre um "agenciamento significativo", particular à cada mulher, que parecem, via de regra, selar seus destinos. (CHATEL, 1995)

O agenciamento significativo que Chatel (1995) conduz a pensar se articula às motivações e desejos inconscientes que modulam o curso de uma gestação. Perturbam o direcionamento médico e convocam à escuta analítica. O que dizer de uma mulher que após realizar inúmeros exames, consultar médicos diversos, receber a notícia clínica de que não há nenhum achado orgânico que justifique os abortamentos recorrentes? Seu corpo, enquanto organismo, poderia não encontrar razão para ser fecundo, mas o corpo simbólico, que agrega marcas e insígnias de uma filiação controversa, pode sim recusar-se a esta tarefa. Trata-se de uma mulher cuja origem era nebulosa. Havia aspectos da sua vida que não se encaixavam. Histórias contadas e re-contadas pela mãe eram ouvidas por esta filha com estranheza e perturbação. Ora se dizia que nasceu na maternidade, ora se dizia que nasceu em casa de parteira. Nasci mesmo aonde? E, mais, nasci mesmo dessa mãe? Pertenço de fato a essa família? Passa a vida a colecionar histórias que possam montar este quebra-cabeça. Escutou, nas entrelinhas, a mãe falar que seu bebê havia morrido e que o seu marido para aplacar sua tristeza trouxe uma menina de presente para ela. E logo concluiu que só podia ser ela essa criança. O discurso desta mulher repetidamente anunciava que era sozinha no mundo. Não sabia quem era sua família, logo não era amada por ninguém. Esta cena roubada do seu nascimento, essa história não contada, velada, retorna no *a posteriori*, exigindo resolução simbólica. Não era possível ser mãe se não sabe quem é a sua mãe ou porque foi dada no lugar do menino morto. Não se sabe filha, não se sabe mãe. Esta ilustração clínica configura o estatuto particular de cada mulher sobre as insígnias que ancoram sua relação com o seu corpo, a maternidade e sua história familiar.

Nas palavras de Chatel:

“A realização do voto de ter uma criança é infinitamente complexa: existe a fantasia do homem e da mulher, noduladas às fantasias dos membros de suas famílias, que contam para eles (não é só a mulher que está em causa); existe também o contexto imediato desencadeando a gestação no decorrer de um ato sexual onde vem se precipitar em substância aquilo que ecoa entre seus desejos desconhecidos. Depois, há ainda a acolhida subjetiva do embrião in útero e a colhida subjetiva da criança ao nascer [...] Em suma, toda mulher é, de certa forma, uma “mãe portadora”, ela é portadora da cristalização em seu corpo do feixe de votos que deslanchou a concepção”. (1995, p. 16)

Quais os laços que unem as mulheres contemporâneas às políticas do seu tempo? Inclui-se aqui a Medicina da Procriação (ginecologia e a obstetrícia), célebres em fabricar corpos férteis a despeito da idade reprodutiva das mulheres. Será mesmo? Os discursos em questão apresentam uma impossibilidade. A medicina propõe o que de fato querem essas mulheres? O discurso médico é proeminente, se presta à indução científica, cujos apelos do feminino não encontra espaço para ecoar, ficamos à mercê de um diálogo mudo, que não concebe as idiosincrasias, os tropeços da linguagem particular de cada mulher sobre o seu projeto parental, suas expectativas, anseios e desejos. (MEIRA, 2010).

“É impressionante constatar com que rapidez, nas consultas, as pacientes falam em termos “científicos”. Elas se fiam na medicina para decifrar a falta de filhos, querem encontrar soluções fora delas, referindo-se cegamente ao saber do médico, como ao de um hipnotizador. Numa espécie de insidiosa passividade, até mesmo de frouxidão, deixam-se despossuir de sua questão própria. As técnicas médicas são capazes de resolver, em lugar dos próprios sujeitos, a questão tão difícil do desejo sexual na sua articulação com o voto do filho: aí está a cilada”. (CHATEL, 1995, p. 57).

Como regular seu desejo em ser mãe e de ter um filho dentro dos ditames biológicos da reprodução? Escapando às amarras sociais e políticas de corpos? A maternidade é posto, o domínio de uma decisão voluntária?

Este emaranhando de questões traz para a nossa atualidade a evolução do mal-estar articulado à procriação e o interesse na realização de estudos que possam fazer contorno sobre este fenômeno. Como equalizar essa questão? Estamos diante de um terreno fértil, em idéias, em contrapontos, em intercessões que se comunicam com diferentes campos de saber para tentarmos fazer borda frente às questões da mulher, da feminilidade e da maternidade.

No hospital, assiste-se à evolução dos sintomas médicos associados ao mal-estar da gravidez, como já apresentei neste trabalho. A escuta atenta que ultrapassa a perspectiva do corpo gestacional, mas se atêm às histórias latentes que acompanham essas mulheres na jornada de ser mãe e ter filhos, acende a perspectiva de que há, nesses sintomas médicos, um pedido endereçado ao psicólogo, uma diversificada demanda formulada por essas mulheres cujo cerne se articula com a sua própria feminilidade.

Propõe-se discutir este fenômeno dado que,

“o contexto positivista contemporâneo é tal que, apesar do fato de a procriação não ser uma doença, ela é inteiramente posta nas mãos da medicina. Hoje, a medicina é a competência que vale: não são nem os magos nem os sábios, nem os adivinhos, nem as famílias e nem os padres os investidos do poder sagrado de tratar a vida que vem, ou que não vem: este lugar está ocupado pela medicina científica”. (CHATEL, 1995:13)

Não se pretende com esta explanação excluir a relevância dos avanços biomédicos para a reprodução no mundo moderno. Trata-se apenas de discutir seu uso, de fazer uma pausa e uma exclamação que nos permita observar outras nuances discursivas que também engendram fertilidade ou esterilidade na mulher contemporânea.

No seu *modus operandi*, a medicina desconhece a "arquitetura inconsciente complexa e vivaz que constitui a mola da fecundidade humana". (CHATEL, 1995: 20).

"Existem ressonâncias no encontro entre os humanos. Cada um é portador de símbolos que são falantes para o outro. É em função daquilo que dizem, do que se diz em torno deles e também das rupturas ocorrenciais que lhes acontecem na realidade, com um luto, um acidente, um nascimento, repetições de datas, um aniversário, uma aventura, uma promoção ou mesmo uma viagem, que certos significantes são reativados e agem, que a fantasia de procriação de cada um consegue se realizar. Um ato sexual pode atualizar esses significantes na ressonância, eles podem se somatizar e fecundar. Cada caso é singular." (CHATEL, 1995: 17)

Estas ressonâncias não cessam de se inscrever, inconscientemente, modulando as respostas de cada mulher à gestação e à maternidade. Vejamos: Primigesta, com 32 semanas de idade gestacional, chega ao hospital com quadro de DHEG grave. Fica internada na UTI para controle dos níveis pressóricos e para detenção de trabalho de parto prematuro. A equipe, visivelmente preocupada, com os elevados níveis pressóricos (PA) solicita que o psicólogo contornasse a situação

de choro e emoção exacerbada da paciente para evitação do nascimento prematuro do bebê. Aparece como demanda explícita da equipe dar resposta rápida para se evitar um evento adverso. Esse pedido já vem atravessado pelo impossível, pelo imprevisível e pelo fracasso. Compreendendo que responder a demanda médica não produziria bons resultados, “fazer parar de chorar”, me debruço sobre o leito da paciente para escutá-la: Sabemos que ali, onde se chora, se cala falando. A angústia não pode ser tratada pelos avanços tecnológicos da medicina. Especialmente quando a morte vem colorir uma história inscrita: Minha mãe disse que minha filha não vai vingar. E completa que no seu nascimento a mãe havia tido complicações e que ela pediu ao médico para que salvasse a vida dela em detrimento do bebê. “Deixe que ela morra. Antes ela do que eu”, as palavras proferidas pela mãe no seu nascimento. E desde então, uma série de eventos traumáticos são vividos por esta mulher: condenada à morte desde seu nascimento, passava a vida a escapar deste destino. E colecionava histórias de maus-tratos, violências sexual, abusos e negligência materna. Uma mãe que não se importava. Sua filha nasce prematura e a partir deste hiato revela-se: “ser mãe é ensinador”. Ensina a dor; “É aquela que protege da dor”; “ser mãe, dói”. Ali, na maternidade, a vida pulsa denunciando esses enlaces subjetivos.

Para o discurso psicanalítico interessa a dimensão subjetiva da gravidez, em sua singularidade. Em consonância com a autora Paola Mieli (1998) concebemos a gravidez como um

“fenômeno de natureza universal, inscreve-se na história individual como precipitado de uma constelação de significantes inconscientes, de acontecimentos simbólicos, de elementos imaginários e reais que caracterizam a unicidade da verdade subjetiva”(p. 157).

Uma gestação gemelar, um casal de bebês sendo esperados com muita alegria. A fala da médica parece anunciar o que iria acontecer: “Gravidez de gêmeos é arriscada”. A palavra risco a acompanha durante toda gestação o que a faz redobrar os cuidados com seu corpo. Chegado a hora de ir para maternidade, o resultado de uma ultrassom anuncia a morte de um dos bebês. Nasce morta a menina. “Logo ela”, lamenta a mãe. A menina tão desejada tinha uma missão: permitir que essa mãe pudesse reparar a sua ausência na criação da sua primeira filha, na adolescência, que ficou com seus pais. Tratava-se ainda de poder

concretizar outras idealizações e desejos. Ficou o menino, que pena! Uma mãe avassaladoramente culpada por ter desejado que seu filho tivesse morrido para o outro bebê sobreviver. E seu corpo respondeu prontamente a este protesto: não produzia leite suficiente. A introdução de ocitocina não ajuda neste intento. Esse peito pode ser todo dele? Mas não seriam para dois? Não há leite, como não há possibilidade de vincular-se ou interessar-se por outro bebê que não aquele que parecia concretizar todos os seus sonhos. Enquanto sofre a perda deste objeto de amor super-estimado, não pode ali inclinar-se a amar.

Chatel (1995) assinala que a fertilidade humana não se resume a um puro fenômeno bio-fisiológico, a um encontro aleatório de gametas. Afirma:

“A fertilidade é o resultado de um conjunto sobredeterminado de elementos que se apóiam no real do corpo, mas que implicam registros diferenciados[...] Toda gravidez é um signo do sujeito e um efeito, no corpo, de uma necessidade inconsciente[...]”. 19-20.

O período gravídico-puerperal agiganta uma série de memórias de cenas familiares, de histórias contadas sobre o seu nascimento, com quem parecia fisicamente, de quem herdou “a personalidade forte”, quem escolheu seu nome. Essas histórias aparentemente inofensivas retornam com uma carga de afeto intensa, promovendo desordens emocionais à futura mamãe. Além das memórias facilmente resgatadas, insurgem inúmeras outras não sabidas, não lembradas, pois sofreram recalçamento pela natureza de difícil manejo e elaboração destas vivências. Vejamos um exemplo para servir de anteparo ao entendimento da clínica: Da mulher que se cobra ser uma mãe mais eficiente, zelosa e abnegada. Para tentar compreender o que há de encoberto nestas exigências, quase mandatárias: ‘você deve ser assim, senão...!’ Engravidar não foi tarefa fácil: Exigiu anos de tratamentos de reprodução assistida, um corpo deformado pelas dosagens de hormônios e a vivência de abortos recorrentes. A gestação foi complicada, com indicação e repouso absoluto e ameaça de perda. Agora que seu bebê finalmente chegou... Ao escutá-la resgata a história da morte heróica de sua mãe, que coloca-se na frente para proteger o filho em um acidente. Mas antes disso há uma série de outras histórias maternas de sacrifício e submissão em prol dos filhos. Ser mãe estava colocado na ordem de um ideal, imortalizado pela sua mãe mártir. Uma mãe impossível de corresponder, porque não existe, está morta, não pode ser equiparada ou testada. Não conseguia dedicar-se aos cuidados do bebê na UTI neonatal como

as outras mães ficavam o que se revertia em angústia e culpa. As auto-acusações ganham tom melancólico: esta criança merece uma mãe melhor do que eu; como pode alguém como eu ter uma criança tão linda e perfeita, sou uma pessoa má não mereço este bebê. A maternidade aqui vivida no seu ponto mais radical, inflacionada pelo luto não-elaborado da morte materna de caráter trágico, e que ganha estatuto de mártir. Não poder ser a mãe que idealizava para este filho é catastrófico para o psiquismo desta mulher.

O nascimento de um filho implica uma nova configuração psíquica dos pais, colorida pela revivescência dos seus fantasmas transgeracionais, como o luto do exemplo acima. Trata-se, sobretudo, da ressonância que o encontro com o filho pode produzir nesse novo território psíquico parental. Filho, este inicialmente estranho e inaudito, por isso exige assimilação simbólica.

A autora aponta que o sujeito é marcado pela cultura e atravessado por significantes. Dessa forma, uma gestação apesar de parecer um evento de natureza biológica, não pode ser somente um fato natural, pois carrega, em seu bojo, os emaranhados significantes de histórias transgeracionais e desejos ambivalentes. Uma gravidez não será definida apenas pela conjunção biológica, por um mapa genético preciso, mas também por um mapa simbólico no qual se articulam as histórias de famílias, das transmissões entre gerações, do patrimônio cultural de seu país, de sua estirpe. O entrelaçamento destes legados configura a complexidade deste terreno.

Os leitos da maternidade contam diariamente histórias que versam sobre a relação da gestante ou puérpera com sua própria mãe, denunciando desamores, dissabores que vêm para assombrar o projeto parental atual. Sob ameaça de não ser amada pelos seus filhos trazem à tona os conflitos pré-existentes da relação mãe-filha. “Não quero que minha mãe cuide de minha filha, pois ela não sabe. Minha mãe é uma mulher desleixada, não se cuida”; “Eu não admiro minha mãe, eu não gosto dela. Fico apontando os defeitos dela todo o tempo. Sei que com isso eu faço ela sofrer, mas não consigo disfarçar”; “Não me sinto segura com minha mãe aqui, quero que ela vá embora”; “Não quero ser uma mãe como foi a minha...Ela nunca foi exemplo de mulher e mãe. Não quero culpar minha filha por ter interrompido meus estudos fora do país, por não ter investido na minha carreira...”. Essas palavras proferidas por diversas mulheres vêm carregada de afeto e sofrimento psíquico.

Culpas, reparações, ambivalências constroem o entorno da experiência da maternidade, com a re-ativação de complexos inconscientes dolorosos.

Bydlowsky ([2001](2002)), usa o termo “transparência psíquica” para inferir um estado singular desenvolvido por cada mulher para lidar com este momento que é marcado por afetos derivados da reatualização da sua relação com a própria mãe cujas marcas impressas podem carregar insígnias que poderão influenciar a forma como esta mulher responderá à maternidade, como também, marcará profundamente a construção do mundo simbólico do seu bebê.

Este estado, segundo Bydlowsky, é marcado por um abrandamento da censura frente ao recalado. “Os fragmentos do pré-consciente e inconsciente chegam facilmente à consciência” ([2001](2002), p. 205). Deste modo, torna-se um momento não somente de fragilidade psíquica, mas de abertura para acessar ou elaborar seus complexos infantis. “A gestação inaugura então a experiência de um encontro íntimo da mulher consigo mesma: a capacidade de erotizar uma parte interna de si mesma está em questão” (BYDLOWSKY, [2001](2002), p. 209). Nesta perspectiva, a gestação vem a ser um momento privilegiado para o tratamento das afecções mentais, favorecendo a circulação da palavra que, em associação livre, vai desvelando os fantasmas potencialmente patogênicos para a relação mãe-bebê. Para isso, faz-se necessário a presença de um ouvinte tecnicamente desejanste.

Cabe-nos uma mediação entre o universal da nosografia e o singular de cada caso. História, *a priori*, não é destino. Deste modo, lidaremos com duas vertentes: a da universalidade e a da singularidade. Extraíndo-se as particularidades do vivido de cada uma das situações-limite através da escuta singular de cada caso, pode-se atingir a universalidade que é própria a toda vivência humana. (ATEM, 2002).

O sofrimento psíquico presente na clínica obstétrica contemporânea encontra-se relacionado a vivências de interrupção da continuidade do ser, em cujo rol podemos incluir as experiências de um aborto espontâneo, natimorto, prematuridade, entaves da maternidade na contemporaneidade.

O que pensar sobre esses processos gestacionais interrompidos, vivenciados com sofrimento ao extremo, nas (*im*)possibilidades de ser mãe e de ter um filho? Não há, em geral, nenhum achado clínico que sustente uma resposta para esses impedimentos. Pela lógica racional, corpos saudáveis podem gerar filhos?

Merleau Ponty (2000) adianta que a matéria do corpo humano é a história, a vivência. Que tipo de vivência deixa marcas de impossibilidades nesses corpos?

O que dizer de uma mulher cujos filhos, um após o outro, morrem em sua barriga, fazendo com que ela incessantemente volte a engravidar e esta cena teima em reincidir? Do diagnóstico médico de 'incompetência uterina' para a construção simbólica desta mulher sobre sua 'incompetência materna': "Como uma mulher como eu pode gerar vida? Quando eu pude, eu não quis e agora que quero não tenho tido sucesso. Deve ser castigo...Meu corpo aprendeu bem a lição: ensinei a ele que toda vez que engravidasse, tiraria. Agora ele já expulsa naturalmente. Ficou marcado na memória". Adverte-se que uma marca produz diferentes histórias para diferentes sujeitos visto que a relação com o corpo tem um estatuto particular. Para esta mulher, o corpo, enquanto atributo simbólico, foi treinado para não "segurar nenhum bebê". E não se tratava exclusivamente dos abortos da adolescência, já que existia desde lá uma aversão a tornar-se mãe.

Digamos que o que posso solicitar como resposta é da ordem de um apelo ao real não como ligado ao corpo, mas como diferente. Longe do corpo, existe a possibilidade do que chamei, da última vez, de ressonância ou consonância. É no nível do real que esta consonância pode ser achada. Em relação a esses pólos que o corpo e a linguagem constituem, o real é o que faz acordo. (LACAN, 1975-1976/2007, p. 40).

No hospital, confronta-se, todo o tempo, com o corpo enquanto evidência biológica. O corpo tal qual concebe a medicina: um conjunto de sistemas interdependentes composto por ossos, músculos e órgãos. Não é desse corpo que nos ocupamos, do mesmo modo que os médicos não sabem o que fazer quando a angústia vem borrar de afeto e confundir os signos de uma dada patologia, os psicanalistas, em seu trabalho, não sabem operar este corpo anátomo-fisiológico. Dessa forma, o corpo que é objeto da psicanálise ultrapassa o somático e constitui um todo em funcionamento coerente com a história do sujeito. Corpo pulsional, corpo erógeno ou corpo subjetivo, que enquanto natureza simbólica nem sempre admite medidas. Trata-se, portanto, do estabelecimento de um estatuto ético ao corpo como produto de um modo singular de interpretar as contingências da vida.

Refletir sobre a natureza do corpo nos traz a articulação de que, ao ser natureza, o corpo orgânico é também cultural. "Enigma do corpo, coisa e medição de todas as coisas, fechado e aberto, tanto na percepção quanto no desejo – não duas

naturezas nele, mas dupla natureza: o mundo e os outros tornam-se nossa carne" (MERLEAU-PONTY, 2000, p. 341).

Nosso corpo carrega história tanto na estrutura orgânica quanto nas interações com a cultura. Desse modo, a biologia passa a reconhecer as diversidades individuais e culturais, desautorizando, portanto, a idéia da universalidade de um corpo padrão. (MENDES, 2004).

"A historicidade do corpo faz com que haja modificações e nossos gestos adquiram significados novos mediante as experiências que vão ocorrendo. E é através desses gestos que somos capazes de expressar muitos desses símbolos e esconder outros, formando, portanto, a linguagem do corpo; o corpo está sempre se reorganizando. E por possuir espacialidade e temporalidade próprias, cada corpo vai adquirindo percepções de acordo com o mundo que lhe é específico. Cada corpo mantém relações com o espaço em que está inserido, com os outros animais, seja da mesma espécie ou de espécies diferentes. O comportamento simbólico é inseparável dos esquemas inatos, uma vez que o modo como o animal faz uso do seu corpo para beber, para se alimentar ou até mesmo para a função da excreção, é sempre acompanhado de um cerimonial, variando, enfim, conforme as espécies" (MERLEAU-PONTY, 2000, apud, MENDES, 2004, p. 129).

Desse modo, corpo, natureza e cultura se interconectam através de uma lógica recursiva. Não há dissociação natureza / cultura: o que é biológico no ser humano encontra-se simultaneamente impregnado da cultura. Todo ato humano é biocultural. (MENDES, 2004; MERLEAU-PONTY, 2000). Portanto, em relação à história, "não há uma palavra, um gesto humano, mesmo distraídos ou habituais, que não tenham significação" (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 16).

Esta é uma clínica que convoca a observação cuidadosa de corpos que subvertem as leis estabelecidas pela biologia, anatomia e fisiologia. A ordem da linguagem tem a potência de interferir e modificar, não importa que outra ordem que aja sobre o corpo.

Oferecer uma escuta a essas mulheres que passam por situações-limite visa permitir a possibilidade de expressão de um sofrimento, que não teria lugar num contexto médico, no qual o foco esteja dirigido para o exame técnico, para procedimentos cirúrgicos e outros aparatos. Pode também viabilizar uma atuação profilática para eventuais dificuldades emocionais em novas gestações e puerpérios. (VOLKMER, 2009).

Mezan (2003) vai trazer a possibilidade da psicanálise extramuros, ou seja, fora do limite do setting analítico clássico. Dedicar-se a construir posicionamentos

éticos e políticos para assegurar legitimidade ao trabalho do psicanalista em equipes multidisciplinares.

“A função do psicanalista numa equipe multidisciplinar que opera em âmbito institucional pode não ser idêntica à sua atividade no consultório, mas guarda com estas relações bem estreitas: é no fundo a mesma escuta, o mesmo contato direto com o sofrimento psíquico, materializado em pessoas de carne e osso com seus sintomas, defesas, fantasias e transferências. Se não cabe aqui o emprego setting clássico, nem por isso deixa de ser indispensável o uso criterioso da sensibilidade clínica, que se concretiza numa intervenção calculada para modificar as relações dinâmicas que organizam dada situação...” (MEZAN, 2003: 419).

Reinventar a técnica exige cuidados éticos, mas se faz necessário à luz do exposto: a demanda social reivindica a atuação clínica extramuros, para além do dispositivo psicanalítico clássico. Torna-se relevante que a nossa *práxis* possa ser dialetizada com a finalidade de produzir e acolher a singularidade presente em cada experiência da vida reprodutiva das mulheres.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um trabalho cujo alicerce é construir uma discussão válida sobre a mulher repousa sobre o próprio nascimento da psicanálise. Sem a mulher, a psicanálise não existiria. Foi com as históricas que Freud fundamentou sua obra. E mesmo após décadas de estudos e aprofundamento clínico, dado a complexidade desta tarefa, Freud constata a impossibilidade de formular uma resposta sobre a mulher, em carta a Marie Bonaparte: "A grande indagação que ficou sem resposta, à qual eu mesmo não soube responder, apesar de meus trinta anos de estudo da alma feminina, é a seguinte: *Was will das Weib?* O que quer a mulher?" (Rodrigué, 1995, p. 128). O enigma, o que quer *uma* mulher?, é retomado anos mais tarde por Lacan, com uma modificação na pergunta que acentua o *modus operandi* do feminino sobre a insígnia do um a um, não sendo possível uma leitura universal sobre a mulher e tão logo, sobre a maternidade.

Neste trabalho, acentuou-se a dimensão da singularidade no tocante à trajetória reprodutiva da mulher. Compreendeu-se a maternidade como uma articulação entre o desejo feminino, o contexto social e histórico em que este se desenvolve, não sendo possível estabelecer uma linearidade ou uma universalidade sobre a experiência da mulher nesta trajetória, dado entrecruzamento de questões sustentadas pelo gênero, por fatores sociais e pela história particular, individual. Nesse propósito não se pode falar em *a maternidade*, ou mesmo *a mulher*, mas no plural, *maternidades*, *mulheres*.

A psicanálise se apresentou como instrumento eficiente para se problematizar a relação da mulher com os desígnios da cultura e suas ressonâncias na vida reprodutiva, bem como, dos laços sociais e intersubjetivos que ancoram este fenômeno.

Freud (1996) em *O Mal-Estar da Civilização* nos alerta que "(...) o que chamamos de nossa civilização é em grande parte responsável por nossa desgraça e que seríamos mais felizes se abandonássemos às condições primitivas" (p. 93). Isso posto, pode-se enfatizar que a civilização, tempo histórico e cultural que vivemos, nos confronta com uma série de impasses e conflitos que correspondem, especialmente, às perdas de referenciais, dos ideais e de valores que exigem novos

posicionamentos subjetivos. O indivíduo hipermoderno é impedido de singularizar-se. Dada a lógica de funcionamento social, o sujeito é fixado aos valores pré-estabelecidos, na qual a expressão da sua singularidade torna-se muda. Ele responde às exigências da realidade em consonância com aquilo que a civilização espera dele.

Na hipermodernidade, as queixas do sujeito, se relacionam a um mal-estar imposto pelas técnicas avançadas, pela lógica capitalista de mercado e pela dificuldade de se fazer laço social. A subjetividade é produzida e reformulada em consonância com o tempo que se vive, e serve como resposta eficiente para manejar o mal-estar da cultura. Sendo historicamente contextualizada, não se pode produzir a análise de um fenômeno sem inscrevê-lo em um contexto social amplo.

Como se tratou neste estudo, não se pode escapar à ordem da civilização. E esta se encontra em permanente movimento. Cabe-nos acompanhar essa trajetória, afinados com a tentativa de estabelecer um contraponto com aquilo que é singular a cada sujeito.

A ênfase dada à mulher como responsável pelo bom desenvolvimento da criança e ao pai um papel secundário, “apesar disso, eles não podem ser mães” Winnicott (1957, p.128), coloca a maternidade, na contemporaneidade, como uma condição ambivalente e multifacetada: ora desejada, ora rejeitada; ora inflacionada e ora desamparada. Metáforas que sintetizam a proliferação de novos papéis sociais para a mulher, constituindo destinos antes impensados.

Este trabalho pôs em relevo a hiper responsabilidade que pesa sobre a mulher. Atingimos o ápice do encargo materno, e, em contrapartida, a uma profusão de sentimentos de culpa, angústia e desamparo. À mulher é reservado a maternidade, o cuidado dos filhos, mas também o investimento na carreira profissional, o cuidado com o corpo e a beleza. Os imperativos sociais nos quais a mulher é definida compreendem um arranjo instável, oscila como potencialmente capaz de ser mãe, pelos atributos de sua natureza, bem como de lançar-se no mundo do trabalho, pelo discurso social de uma conquista de simetria com os homens. Paira no ar uma despretenha dúvida destes reguladores.

Interrogou-se sobre a linha tênue que separa ou confunde determinismo social, imperativo biológico. Estes valores, em geral, são categoricamente utilizados

como concernentes ao desejo feminino, subvertendo a singularidade de cada caso. A formulação “toda mulher deve ser mãe” retrata esta problemática. Qualquer outra opção não-normativa será, possivelmente, tratada como exercício de liberdade ou uma ruptura da ordem natural das coisas?

Na época freudiana, os referenciais da feminilidade - o casamento e a maternidade – eram bem delimitados pelo discurso social, dado à predisposição da “natureza da mulher”. Avançou-se no tempo histórico, e assiste-se na contemporaneidade, a angústia feminina frente ao instável arranjo social, momento histórico no qual estes parâmetros do feminino perderam o significado. O lugar da mulher não encontra idiosincrasias e regularidades capazes de nomeá-la.

Diz Lacan: “O que provoca a angústia é tudo aquilo que nos anuncia, que nos permite entrever que voltaremos ao colo” (2004, p. 64). Esta afirmativa de Lacan remete a esta proliferação de sinais confusos da contemporaneidade que coloca a mulher em suspensão. O desamparo dos tempos hipermodernos é um convite à angústia. Fator este que demarca a relação da mulher com o seu corpo, seu desejo e, por conseguinte, com a escolha reflexiva da maternidade.

A escolha da mulher pela maternidade parece não ser domínio de uma decisão voluntária. Culturalmente, produzem-se ordenamentos sociais, políticos e biomédicos que interferem no projeto parental. O hiato que se inaugura nesta divisão simbólica pode desencadear sofrimento psíquico. A não correspondência entre as exigências do mundo e os desígnios inconscientes de cada mulher pode promover desordens na “fabricação de filhos” ou no exercício da maternagem.

Contudo, o desejo feminino não se conforma à condição de ter filhos e ter um marido. Ultrapassa-se a satisfação da maternidade, do casamento. Há algo a mais, à revelia, um *devoir*, que ancora o feminino. Ser mulher, na contemporaneidade, exige invenção.

Os questionamentos delineados no decurso deste trabalho favoreceram, com o entrelaçamento dos discursos da sociologia, da medicina e da psicanálise, o alargamento da compreensão das antíteses: natureza x cultura; normal x patológico; universal x singular, em interface com a vida reprodutiva das mulheres.

Apostou-se no descentramento de um saber hegemônico e de uma verdade universal sobre “ser mulher” e “ser mãe” na contemporaneidade, ampliando o

posicionamento epistemológico e político das disciplinas envolvidas na resolução dos impasses clínicos e reverses desta trajetória.

Esta interface constrói favoravelmente pontes de ligação entre diferentes campos de saber que realçam a complexidade de um fenômeno que não pode ser compreendido unilateralmente. Independentemente do mal-estar apresentado, seja no corpo orgânico quanto no corpo revestido pela palavra de onde opera o analista, trata-se de inclinar-se à criação. A complementariedade de discursos deve servir como mola propulsora na atenção à saúde da mulher.

O cotidiano do hospital, ilustrado por vinhetas clínicas, precipitou o questionamento da ênfase sobre o mito do amor materno, denunciando seu interdito e falhas operacionais. São eles: A mãe que lamenta a morte de uma filha e deseja que o outro filho morresse em seu lugar; A mulher que se recusa a amamentar seu bebê; A mãe que não consegue cuidar do seu bebê na Uti Neonatal, dentre outros exemplos clínicos aqui trazidos apontam para o fracasso do instinto, da natureza feminina predisposta ao amor incondicional pelo seu filho. O denominador comum destas histórias reside na presença extenuante da culpa. Sentimento que acompanha as mulheres que não conseguem corresponder ao ideal materno, proliferado pelo discurso da ciência e determinantes culturais arraigados.

A clínica é soberana ao constatar que o amor materno não se inscreve, instantânea e naturalmente, em todas as mulheres. Do cuidado extremado à rejeição ou abandono afetivo, uma rica variabilidade converge para sustentar a fragilidade e imperfeição desta premissa social. Destacou-se a pertinência do profissional *psi* nesta tarefa.

Com a psicanálise temos a teoria freudiana do inconsciente que formula que os atos humanos não são controlados e determinados pela vontade, atribuída à consciência. Especula-se que a decisão de ter ou não ter filho, de ter e rejeitá-lo, de planejar, mas não desejá-lo, são comportamentos que obedecem à lógica inconsciente, portanto segue desígnios particulares a cada mulher. Esses complexos familiares inconscientes vêm à tona interferindo na experiência da mulher com a maternidade.

Os ditames sociais alcançam ainda a relação da mulher com as políticas públicas de saúde, que demarcam a evolução do lugar social da mulher a partir das premissas de cuidado exigidas a cada tempo histórico. À medida que a mulher

conquista espaços extramuros, alargam-se o período de cuidados, antes destinados ao período gravídico-puerperal. Na contemporaneidade, o PAISM é a prova do deslocamento do feminino para outros destinos na esfera social. Contudo, demonstra-se que o Brasil, um país de clara desigualdade social, é marcado por assimetrias no acesso à saúde e por falhas nos equipamentos e dispositivos de saúde para a população feminina.

No cenário atual, marcado pelo advento da biotecnologia e pela hegemonia do discurso médico como normatizador de condutas e comportamentos, assiste-se a não-resolutividade da promessa da ciência: garantir viabilidade de reprodução para casais inférteis. A despeito das inovações e técnicas de reprodução assistida, há um mais além que perturba a anatomia dos corpos e coloca o discurso médico num impasse. Ali, a subjetividade vem tingir de afeto o corpo da mulher produzindo ora a possibilidade de ter filhos, ora os desencontros da maternidade. Verificou-se nas ilustrações clínicas que o nascimento do bebê precipita um constelado emaranhado de histórias transgeracionais que deflagram a falta. A presença do bebê inaugura a possibilidade de criação, uma saída para a feminilidade, como também presentifica o vazio, os engodos, as desilusões.

A fragilidade dos vínculos, a conjugalidade parcialmente desligada da maternidade, o empuxo à carreira profissional, as transformações de família, remodelaram o campo social que define a condição do que é uma mulher. Ser ou não ser mãe passa de destino para uma condição reflexiva, cuja escolha se reverte em dilema moderno: posso ser mãe e ainda sim ser uma profissional bem sucedida? Mulheres cuja angústia se assenta na inadequação, no vazio, no déficit de desempenho, arranjos típicos da contemporaneidade.

Avançou-se na perspectiva de compreender a maternidade como um evento multifacetado, que não se conforma ao instinto e que sofre ressonâncias da cultura e do tempo histórico em que se vive. Demarcou-se as mudanças estruturais da família e da conjugalidade no instável arranjo contemporâneo e seu entrelaçamento com a maternidade. Apontou-se a possibilidade de estreitar campos de saber distintos e construir pontes que aprimorem o trabalho multidisciplinar. O diálogo com a medicina, a psicanálise e a sociologia demarcou a complexidade deste tema, campo de tensões, como também permitiu a aproximação de saberes e novos aportes. A discussão sobre a contemporaneidade e seus artífices permitiu o alargamento da

compreensão das insígnias sobre o ser mulher e o ser mãe, colaborando para se pensar o enigma da feminilidade. Especialmente, ressaltou a dimensão do afeto e da subjetividade que sublinhou neste trabalho o potencial humano de fabricar histórias e ser afetado por estas, singularmente.

Contudo, todo trabalho pressupõe limites. O tema da maternidade e da mulher é vastamente pesquisado, o que torna o trabalho de revisão de literatura uma tarefa árdua e falha por talvez não contemplar produções científicas relevantes sobre o tema. O arranjo social que demarca as relações da mulher com a maternidade na contemporaneidade é diversificado: carreira profissional, conjugalidade, adiamento do projeto parental, tecnologias reprodutivas, o culto ao corpo, a escolha por não ter filhos, novos tipos de parentalidade, reconfigurações familiares, entre outros, o que demarca a necessidade de aprofundamento destas questões em projetos futuros. Outro aspecto a ser investigado diz respeito à desigualdade social e econômica na relação da mulher com a maternidade. Verificou-se que a experiência da maternidade sofre interferências importantes destes preditores, bem como, denuncia a insuficiência dos nossos equipamentos de saúde para suprir as necessidades básicas de atenção à saúde dessa população. A proposta de trabalhos que promovam concretamente modelos de intervenção e cuidado integral à vida reprodutiva das mulheres faz-se urgente.

Os resultados aqui produzidos não conferem a última palavra sobre os reveses da maternidade na contemporaneidade, demarcando a necessidade de trabalhos futuros que possam redefinir o plano das idéias, viabilizando novos aportes para pensarmos essa problemática. Espera-se, contudo, que mesmo com limitações ao saber, este trabalho possa fomentar reflexão acerca das questões do feminino e da maternidade. E, como Fédida (1992) nos advertiu “*cada caso é uma teoria em gérmen*”. (p. 230).

REFERÊNCIAS

ABOIM, S. **Conjugalidades em mudança: percursos e mudanças da vida a dois**. ICS. Lisboa, 2006.

_____. Da pluralidade dos afetos: trajetórias e orientações amorosas nas conjugalidades contemporâneas. **Rev. bras. Ci. Soc.**, v. 24, n.70, 2009.

_____. Emoções e Rotinas: a construção da autonomia na vida conjugal. In: **Sociedades Contemporâneas: reflexividade e ação. Actas dos ateliers do V Congresso Português de Sociologia Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção Atelier: Famílias**. p.146-155, 2010.

ALBERTI, S. Psicanálise: a última flor da medicina - a clínica dos discursos no hospital. In: ALBERTI, S. e ELIA, L. (org.). **Clínica e Pesquisa em Psicanálise**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000, p.37-55.

ALMEIDA, A. M. M. de. Feminilidade: caminho de subjetivação. **Estudos de Psicanálise**, n. 38, p. 29-44, 2012.

ALMEIDA, M. I. M. de. **Maternidade: um destino inevitável**. Rio de Janeiro: Campus, 1987.

ANSERMET, F. **Clínica da origem: a criança entre a medicina e a psicanálise**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2003.

ANSERMET, F.; BORIE, J. Apostar na contingência. In: **Pertinências da Psicanálise Aplicada: trabalhos da Escola Freudiana reunidos pela Associação do Campo Freudiano**. Tradução Vera Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007, p. 152-158.

ARIES, P. **História Social da Criança e da Família**. Rio de Janeiro: LTC, 2006.

ATEM, L. M. **Gestação de Risco e Depressão Materna: Psicopatologia Fundamental de Infância e Clínica com Bebês**. Dissertação (Mestrado). PUC-SP. São Paulo, 2002.

BADINTER, E. **Um Amor Conquistado: o Mito do Amor Materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BANCO MUNDIAL. **Tasa de fertilidad, total (nacimientos por cada mujer)**. Disponível em: <<http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.TFRT.IN>>. Acesso em: 01 de jun. de 2014.

BAPTISTA, S. M. S. **Maternidade e profissão: oportunidades de desenvolvimento**. Casa do Psicólogo, 1995.

BARBOSA, P. Z.; ROCHA-COUTINHO, M. L. Maternidade: novas possibilidades, antigas visões. **Psicologia Clínica**, v. 19, n. 1, p. 163-185, 2007.

BAUMAN, Z. **Amor Líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos**. Tradução Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.

BEAUVOIR, S. de. **O Segundo Sexo**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

BELTRAME, G. R.; DONELLI, T. M. S. Maternidade e carreira: desafios frente à conciliação de papéis. **Aletheia**, n. 38-39, p. 206-217, 2012.

BERTOLINI, L. B. de A. **Relações entre o trabalho da mulher e a dinâmica familiar**. Anais do I Congresso de Psicologia Clínica. São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2001.

BIANCO, A. et al. Pregnancy outcome at age 40 and older. **Obstet Gynecol**. 87:917-922, 1996.

BIASOLI-ALVES, Z. M. M. **Cuidado e negligência na educação da criança na família**. São Paulo: Paulinas, 2008.

BIRMAN, J. **Mal-estar da Civilização: a psicanálise e as novas formas de subjetivação**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

BOWLBY, J. **Cuidados maternos e saúde mental**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

_____. **Apego e Perda: Apego, a natureza do vínculo**. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

_____. **Formação e Rompimento dos laços afetivos**. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

BRAGA, M. da G. R. **Maternidade e Tecnologias de Procriação: o feminino na contemporaneidade**. Dissertação (Mestrado). Universidade Católica de Pernambuco, 2005.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Relatório da CPI Da Mortalidade Materna**. Brasília; 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Centro nacional de epidemiologia**. Brasília. 2001a.

_____. **Manual de parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde. 2001b.

_____. Textos elaborados pela Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília: Mimeo, 2003.

_____. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2004.

_____. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, 2011.

_____. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. 2010. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em: 22 de mai. 2012

BRAZELTON, T. B; CRAMER, B. C. **As primeiras relações**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

BRAZELTON, T. B. Gravidez: o nascimento do apego. In: BRAZELTON, T. B. **O desenvolvimento do apego: uma família em formação**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1988.

BYDLOWSKY, M. O olhar interior da mulher grávida: transparência psíquica e representação do objeto interno. In: CORREA FILHO, L; et al. **Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 03 anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê**. Brasília: I. G. E., 2002.

CALDAS, D. B. et al. Atendimento psicológico no pré-natal de alto-risco: a construção de um serviço. **Psicologia Hospitalar**, v. 11, n. 1, p. 66-87, 2013.

CALDEIRA, B. M. S; BARBOSA, C. de F.; CAVALCANTI, V. R. S. Quem cuida de quem? Repensando as práticas familiares e a divisão do tempo/ trabalho. In: CASTRO, M. G., CARVALHO, A. M. A., MOREIRA, L. V. C. (orgs). **Dinâmica familiar do cuidado: afetos, imaginário e envolvimento dos pais na atenção aos filhos**. Salvador: Edufba, p. 111-150, 2012.

CALLIGARIS, C. A. paixão pelo novo e o casamento. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 2001. Ilustrada, p. E8-11,

CANGUILHEM, G. **Escritos sobre a Medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005, p. 11-45.

CARDOSO, A. M. R.; SANTOS, S. M.; MENDES, V. B. O pré-natal e a atenção à saúde da mulher na gestação – um processo educativo? **Revista diálogos possíveis**, v. 1, p. 141-159, 2007

CARVALHO, A. M. A. et. al. Rede de cuidadores envolvidos no cotidiano de crianças pequenas. In: Castro, M. G.; Carvalho, A. M. A.; Moreira, L. V. C. (orgs). **Dinâmica familiar do cuidado: afetos, imaginário e envolvimento dos pais na atenção aos filhos**. Salvador: Edufba, p. 63-110, 2012.

CASTRO, M. G. et. al. Gênero e família em mudança: uma revisão com foco em cuidado parental. In: CASTRO, M. G.; CARVALHO, A. M. A.; MOREIRA, L. V. DE C. (Orgs). **Dinâmica familiar do cuidado: afetos, imaginário e envolvimento dos pais na atenção aos filhos**. Salvador: Edufba, p. 13-30, 2012.

CATÃO, I. A tristeza das mães e seus riscos para o bebê. In: CORREA FILHO, L; GIRADE CORRÊA, M; FRANÇA, P. (orgs). **Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 03 anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê**. Brasília: LGE, 2002.

CHATEL, M. M. **Mal-estar na procriação: as mulheres e a medicina da reprodução**. Tradução Dulce Duque Estrada. Rio de Janeiro: Campo Matêmico, 1995.

CHODOROW, N. **Psicanálise da Maternidade: Uma Crítica a Freud a partir da Mulher**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1990.

CLAVREUL, J. **A ordem médica: poder e impotência do discurso médico**. São Paulo: Brasiliense, 1978.

CLEARY-GOLDMAN, J. et al. Impact of maternal age on obstetric outcome. **Obstetrics & Gynecology**, v. 105, n. 5, Part 1, p. 983-990, 2005.

COELHO, M. R. S. **Atenção básica à saúde da mulher: subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal**. Dissertação (Mestrado). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

COHN, J. F. et al. Face-to-face interactions of postpartum depressed and no depressed mother-infant pairs at 2 months. **Developmental psychology**, v. 26, n. 1, p. 15, 1990.

CORDEIRO, A. B. Z. et al. Da depressão ao desejo de pro-criar. Revisitando a feminilidade na clínica e na transmissão da psicanálise. **Pulsional Revista de Psicanálise**, ano XIII, n. 135, p. 14-24, 1999.

CORREIA, M. V. Novas Tecnologias Reprodutivas: Bem-vindas reflexões feministas. **Revista Estudos Feministas**. v. 6, n.1, p. 28-33, 1997.

DIAS, E.; LOPARIC, Z. **Winnicott na Escola de São Paulo**. São Paulo: DWW Editorial, 2011.

DOURADO, V, G; PELLOSO, S. M. Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma gestação. **Acta Paul Enferm.**, v. 20, n. 1, p. 69-74. 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ape/v20n1/a12v20n1.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2012:

DURHAM, E. R. Família e reprodução humana. In: FRANCHETTO B., CAVALCANTI M. L. V. C.; HEILBORN M. L. (Orgs). **Perspectivas Antropológicas da Mulher**. Rio de Janeiro: Zahar, v. 3, p. 13-44, 1983.

ECO, U. **Como fazer uma tese**. São Paulo: Perspectiva, 2005.

FALCONE, V. M. et al. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. **Rev Saúde Pública**, v.39, n.4, p. 612-618, 2005.

FARIA, M. R. **A criança e o complexo de Édipo – do universal teórico ao particular da clínica**. 2001. Tese (Doutorado). USP, 2001.

FÉDIDA, P. **Nome, figura e memória – a linguagem na situação psicanalítica**, 1992.

FELICE, E. M. de. **Vivências da Maternidade e suas consequências para o desenvolvimento psicológico do filho**. São Paulo: Vetor, 2006.

FÉRES-CARNEIRO, T. **Conjugalidade dos Pais**: Possíveis influências no projeto de casamento dos filhos. Simpósio Nacional de Psicologia Social e do Desenvolvimento, X Encontro Nacional PROCAD-Psicologia/CAPEs. Violência e Desenvolvimento Humano: Textos Completos. p. 89 -97, 2005.

FÉRES-CARNEIRO, T. Casamento contemporâneo: o difícil convívio da individualidade com a conjugalidade. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 11, n. 2, p. 379-394, 1998.

FÉRES-CARNEIRO, T.; DINIZ-NETO, O. Construção e Dissolução da conjugalidade: padrões relacionais. **Paidéia**, v. 20, n. 46, p. 269-278, 2010

FIELD, T. et al. Infants of depressed mothers show “depressed” behavior even with nondepressed adults. **Child Development**, v. 59, n. 6, p. 1569-1579, 1988.

FIELD, T. The treatment of depressed mothers and their infants. In: MURRAY, L.; COOPER, P. (Orgs.). **Postpartum depression and child development** New York: Guilford, 1997. p. 221-236.

FIELD, T. et al. Pregnancy problems, postpartum depression, and early mother-infant interactions. **Developmental Psychology**, v. 21, p. 1152-1156, 1984.

COELHO JR, N. E.; FIGUEIREDO, L. C. **Ética e técnica em psicanálise**. São Paulo: Escuta, 2000

FLECK, A. C.; WAGNER, A. A mulher como a principal provedora do sustento econômico familiar. **Psicologia em Estudo**, Maringá. v. 8, num. esp., p. 31-38, 2003.

FORBES, J. Mundo mutante, século XXI: As identidades em crise. In: J. FORBES, M.; REALE, JR.; T. FERRAZ, JR. (Orgs). **A invenção do futuro: um debate sobre a pós-modernidade**. Barueri, SP: Manole, 2005. p. 3-20.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. Tradução Roberto Machado. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.

FRANÇA, G. V. **Direito Médico**. 7. ed. Fundo Editorial BYK, São Paulo, 2001.

FRANCHETTO, B.; CAVALCANTI, M. L. V. C.; HEILBORN, M. L. Antropologia e Feminismo. In. FRANCHETTO, B.; CAVALCANTI, M. L. V. C.; HEILBORN, M. L. (Orgs). **Perspectivas Antropológicas da Mulher**. Rio de Janeiro: Zahar, v. 1, 1981, p. 11-47

FREUD, S. **Sobre as teorias sexuais das crianças**. Sobre as Teorias Sexuais das Crianças. ESB, v. IX, 1908

_____. **Sobre o Narcisismo: uma introdução**. ESB, v.XIV, 1914.

_____. **A Dissolução do Complexo de Édipo**. Rio de Janeiro: Imago Editora. v. XIX, 1924.

_____. **O Mal-estar na civilização**. Rio de Janeiro: Imago Editora. v. XXI, 1929.

_____. **Sexualidade Feminina**. Rio de Janeiro: Imago Editora. v. XXI, 1931.

_____. **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade**. Rio de Janeiro: Imago Editora. v. VII, 1905.

_____. **Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos**. Rio de Janeiro: Imago Editora. v. XIX, 1925.

_____. **Novas Conferências Introdutórias: A Feminilidade**. Rio de Janeiro: Imago Editora. v. XXII, 1932.

_____. **Análise Terminável e Interminável**. Rio de Janeiro: Imago Editora. v. XXIII, 1937.

FRIZZO, G. B.; PICCININI, C. A. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. **Psicologia: Estudos**, v. 10, n. 1. 2005.

FU-L, L.; BOARATI, M. A.; MAIA, A. P. F. **Transtornos Afetivos na Infância e Adolescência: Diagnóstico e Tratamento**. Artmed, 2011.

GARCIA, S. A. F. Satisfação e insatisfação conjugal das mulheres executivas. **Anais do I Congresso de Psicologia Clínica**. São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2001.

GIDDENS, A. **As conseqüências da modernidade**. São Paulo: UNESP, 1992.

_____. **A transformação da Intimidade**. São Paulo: UNESP, 1993.

_____. **Para além da esquerda e da direita**. São Paulo: Ed. UNESP, 1996.

GILLESPIE, R. Childfree and feminine Understanding the gender identity of voluntarily childless women. **Gender & Society**, v. 17, n. 1, p. 122-136, 2003.

GOMES, I. C.; PAIVA, M. L. de S. C. Casamento e Família no século XX: possibilidade de holding? **Psicologia em Estudo, Maringá**, v. 8. num. esp, p.3-9, 2003.

GOMES, A. G. et. al. Maternidade em Idade Avançada: Aspectos teóricos e empíricos. **Interação em Psicologia**, Curitiba, jan/jun 2008, v. 12, n. 1, p. 99-106.

GOMES, A. G.; PICCININI, C. Impressões e sentimentos de gestantes em relação à ultra-sonografia obstétrica no con-texto de normalidade fetal. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, n. 20, v. 2, p. 179-187, 2007.

GOMES, R.; CAVALCANTI, F. L.; MARINHO, N.S. do A.; SILVA, P. G. L. Os sentidos do risco na gravidez segundo a obstetrícia: um estudo bibliográfico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, n. 9, v. 4, p. 62-67, 2001. Acesso em: 20 mai. 2012.

Disponível em:

<www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692001000400011&lng=en&nrm=iso>.

GRANATO, T. M. M.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Maternidade e colapso: consultas terapêuticas na gestação e pós-parto. **Paideia**, set-dez. 2009, v.19, n.44, p.395-401, 2009.

GRANT, W. H. A mascarada e a feminilidade. **Psicol. USP**, v. 09, n. 02, 1998.

GREEN, A. **Narcisismo de vida, narcisismo de morte**. São Paulo: Escuta, 1988.

GOLSE, B. **Sobre a psicoterapia pais-bebê: narrativa, filiação e transmissão**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

GUERIN, G. **Prefácio**. In: RAIMBAULT, Ginette. **Clinique du réel**. Paris, éditions du Seuil, 1982, p. 5-17.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 3. ed. revista e ampliada. Petrópolis: Vozes, 13-22, 1992.

HELLER, A. **O cotidiano e a história**. São Paulo: Ática, 1991.

HILLESHEIM, B. et al. Saúde da mulher e práticas de governo no campo das políticas públicas. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v.15, n.1, p. 196-211, 2009.

IACONELLI, V. **Mal-estar na maternidade: do infanticídio à função materna**. 130f. Tese (Doutorado). Instituto de Psicologia, USP: São Paulo, 2012.

_____. O que é psicologia perinatal: definição de um campo de estudo e atuação. **Área de Estudos do Instituto Brasileiro de Psicologia Perinatal**, 2012, Disponível em: <<http://www.institutogerar.com.br/>>, 2012.

_____. Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.** v.10, n.4, São Paulo. Dec. 2007

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. **Anuário Estatístico Brasileiro**. Rio de Janeiro: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatístico, 2001.

_____. 2011. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2018&id_pagina=1>. Acesso em: 05 jan. 2014

_____. **Taxa de casamentos legais cresce na última década.** Portal Brasil. 2013. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2013/12/taxa-de-casamentos-legais-cresce-na-ultima-decada>>. Acesso em: XX XXX XXXX

_____. **Estatísticas do Registro Civil.** 2010.

ISFER, E. Medicina fetal: o feto, o paciente. In: WILHEIM, J. (Org). Decifrando a linguagem dos bebês. **Anais do Segundo Encontro Brasileiro para estudo do psiquismo pré e Peri natal.** São Paulo: Cop. L Print, 1997. p. 181-192.

JABLONSKI, B. A divisão de tarefas domésticas entre homens e mulheres no cotidiano do casamento. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 30, p. 262-275. 2010.

JERUSALINSKY, J. O nascimento do sujeito: da voz à letra. In: **Seminários I.** São Paulo: Instituto de Psicologia da USP, 2001. p. 9-29.

_____. Quem é o Outro do sujeito na primeira infância? Considerações sobre o lugar da família na clínica com bebês. **IV Encontro Latino Americano dos Estados Gerais da Psicanálise.** 2005. Disponível em: <<http://www.estadosgerais.org/encontro/IV/PT/trabalhos>>. Acesso em: 10 mar. 2014.

_____. A maternidade e o gozo fálico. In: **A criação da criança: letra e gozo nos primórdios do psiquismo.** Tese (Doutorado), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009. p. 122-134

KAMERS, M. Do universal da maternagem ao singular da função materna: reflexões acerca da educação primordial. **Pulsional Revista de Psicanálise**, v. 180, p. 38-45, 2004.

KEHL, M. R. **Deslocamentos do Feminino: a mulher freudiana na passagem para a modernidade.** Rio de Janeiro: Imago, 1998.

LACAN, J.; LACAN, J. **Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p.322, 1953.

_____. **O Seminário. Livro 10: A angústia.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

_____. **Seminário. Livro 11. Os quatro conceitos fundamentais em psicanálise.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

_____. **O Seminário. Livro 20: Mais, ainda.** Rio de Janeiro: Zahar. 1982.

_____. **O Seminário: Livro 23: O sintoma.** Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

_____. **Psicanálise e medicina.** In: *Pequenos escritos e conferências.* 1981.

LAURENTI, R; MELLO-JORGE, H. de M.; GOTLIEB, S. L. D. (Org.). **Mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna.** Brasília: Ministério da Saúde; OPAS; USP, 2002.

LEBOVICI, S.; SOLIS-PONTIS, L.; MENEDEZ, J. A. B. In: SILVA, M. C. P. da. (org). Ser pai, ser mãe: parentalidade: um desafio para o novo milênio. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

LEFEBVRE, H. **Critica de laviequotidiene**. Volume III. Paris, L'Arche Editeur, 1981.

_____. **A vida cotidiana no mundo moderno**. São Paulo: Ática, 1991.

LEITE, R. M. B. et. al. Fatores de risco para mortalidade materna em área urbana do Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p.1977-1985, out. 2011.

LESTER, E. P. A surrogate carries a fertilised ovum: multiple crossings in ego boundaries. **Int. J. Psycho-Anal.**, v. 76, n. 2, p. 325-334, 1995.

LIPOVETSKY, G. A terceira mulher: permanência e evolução do papel feminino. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

_____. **Os tempos hipermodernos**. Tradução Mário Vilela. São Paulo: Barcarolla, 2004.

LIMA, M.; TOSE, S. Carreira: uma preocupação do indivíduo, uma responsabilidade da empresa. **Revista de Administração em Diálogo**, v. 3, n. 1, p. 1-9, 2001.

LOPARIC, Z. Um novo paradigma. **Revista viver mente e cérebro. Memória da Psicanálise**, n. 5, p. 52-63, 2005.

MACÊDO, M. S. Tecendo o fio e segurando as pontas: mulheres chefes de família em Salvador. In: BRUSCHINI, C.; PINTO, C. R. (Orgs). **Tempos e Lugares de Gênero**. São Paulo: FCC, Ed. 34, p. 53-83, 2001.

MACEDO, L. F. de. **A biopolítica como política da angústia. Opção Lacaniana**. São Paulo: Eólia, n. 45, p.53-58, maio 2006.

MACIEL JÚNIOR, A.; KUPERMANN, D. Sobre o plano de composição da clínica. In: MACIEL JÚNIOR, A.; KUPERMANN, D.; TEDESCO, S. (Orgs). **Polifonias: clínica, política e criação**. Rio de Janeiro: Contracapa, 2005.

McGOLDRICK, M.; WALSH, F. Um Tempo para Chorar: A morte e o ciclo de Vida Familiar. In: McGOLDRICK, M.; WALSH, F. **Morte na Família: Sobrevivendo às Perdas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da Gravidez**: parto e puerpério. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

_____. **Psicologia da Gravidez**. Petrópolis: Vozes, 1997.

MANSUR, L. H. Experiência de Mulheres sem filhos: a mulher singular no plural. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 23, n. 4, p. 2-11, 2003.

MARIN, A. H. et al. **A constituição da maternidade em gestantes solteiras.** *Psico*, v. 42, n. 2, p. 246-254, abr./jun, 2011.

MEIRA, A. da C. **Dos impasses da maternidade a uma verdade indizível: uma leitura psicanalítica sobre a feminilidade.** Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

MEIRA, Y. M. (Org). **O Porão da Família:** ensaios de psicanálise. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

MENDES, M. I. B. de S.; NOBREGA, T. P. Corpo, natureza e cultura: contribuições para a educação. *Rev. Bras. Educ*, 2004, n. 27, p. 125-137.

MENEZES, J. E. X. de. Cuidado: pai e mãe a bordo – compreensão freudiana do vínculo. In: Castro, M. G.; Carvalho, A. M. A.; Moreira, L. V. de C. (Orgs). **Dinâmica familiar do cuidado: afetos, imaginário e envolvimento dos pais na atenção aos filhos.** Salvador: Edufba, p. 329-342, 2012.

MENEZES, L. S. de. **Desamparo.** Coleção Clínica Psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

MERLEAU_PONTY, M. **Fenomenologia da percepção.** Tradução de Carlos Alberto Ribeiro de Moura. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. **A natureza: notas:** cursos no Collège de France. Tradução de Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

MEZAN, R. **Interfaces da Psicanálise.** São Paulo: Carrenho, 2003.

MIELI, P. Verde: notas sobre as implicações atuais da reprodução assistida. *Estudos Feministas*, v. 6, n. 1, p. 156-169, 1998.

MOLINA, M. E. Transformaciones Historico Culturales Del Concepto de Maternidad y sus repercusiones em la identidad de lamujer. *Psykhe*, v. 15, n. 2, p. 93-103, 2006.

MOREIRA, L. V. C. et. al. A prevalência materna e feminina no cuidado cotidiano de crianças pequenas. In: Castro, M. G.; Carvalho, A. M. A.; Moreira, L. V. C. (Orgs). **Dinâmica familiar do cuidado: afetos, imaginário e envolvimento dos pais na atenção aos filhos.** Salvador: Edufba, p. 111-150, 2012.

MORETTO, M. L. T. **O que pode um analista no hospital?** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MORO, R. M. **Os ingredientes da parentalidade.** Trabalho apresentado na Sociedade Psicanalítica Iracy Doyle. Rio de Janeiro, 2004.

MOSMANN, C.; WAGNER, A.; FÉRES-CARNEIRO, T. **Qualidade conjugal: mapeando conceitos.** *Paidéia*, v.16, n.35, p. 315-325, 2006.

MOURA, S. M. S. R. DE; ARAÚJO, M. DE F. A História na Maternidade e a História dos Cuidados Maternos. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 24, n. 1, p. 44-55, 2004.

NASIO, J. D. **Introdução às obras de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto, Lacan**. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

Nunes, A. M. (Org.). **Correio Feminino**. Rio de Janeiro: Rocco, 2006.

OLIVEIRA, T. A. et al. Avaliação do Risco de Parto Prematuro: Teste de Fibronectina Fetal e Medida do Colo Uterino. **RBGO**, v. 22, n. 10, p. 633-639, 2000.

OLTRAMARI, L. C. Amor e Conjugalidade na contemporaneidade: uma revisão de literatura. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 4, p. 669-677, out./dez, 2009.

PAZELLO, E.T; FERNANDES, R. A maternidade e a mulher no mercado de trabalho: diferenças de comportamento entre mulheres que têm e mulheres que não tem filhos. In: **Encontro da Associação Nacional de Pós-Graduação em Economia, Anais Anpec**, 2004. Disponível em: <<http://www.anpec.org.br/encontro2004/artigos/A04A151.pdf>>. Acesso em: 12 de Maio de 2013.

PAZELLO, E. T. A maternidade afeta o engajamento da mulher no mercado de trabalho? Um estudo utilizando o nascimento de gêmeos como um experimento natural. **Estudos Econômicos**, v. 36, n. 3, p. 507-538, 2006.

PEREIRA, M. E. C. A Paixão nos Tempos do DSM: Sobre o recorte operacional do campo da psicopatologia. In: **Ciência, Pesquisa, Representação e Realidade em Psicanálise**. São Paulo, Educ/Casa do Psicólogo, p. 119-52, 2000.

PETRINI, J. C. **Pós-modernidade e família: um itinerário de compreensão. Notas para uma antropologia da família**. EDUSC, Bauru, p. 209-229, 2003.

_____. Políticas sociais dirigidas à família. In: BORGES, A; CASTRO, M. G. (Orgs). **Família, gênero e gerações: Desafios para as políticas sociais**. São Paulo: Paulinas, p. 215-225, 2007.

PETRIE, R. H.; WILLIAMS, A. M. Trabalho de parto. In: KNUPPEL, R. A.; DRUKKER, J. E. (Orgs). **Alto risco em obstetrícia: um enfoque multidisciplinar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 233-250.

PIERRON, J. P. **A poética da Família**. Tradução Elaine Rabinovich. Paris: EdsduCerf, 2009. Tradução de: *Le Climat Familial. Une Poétique de la famille*.

PINTO, E. B. A pesquisa qualitativa em psicologia clínica. **Psicologia USP**, v. 15, n. 1/2, p. 71-80, 2004.

PICKENS, J.; FIELD, T. Facial expressivity in infants of depressed mothers. **Developmental Psychology**, v. 29, p. 986-988, 1993.

PICCININI, C.A., GOMES, A.G., DE NARDI, T.; LOPES, R.C.S. **Gestação e constituição da maternidade.** *Psicologia em Estudo*, v. 13, n. 1, p. 61-70, 2008.

PNDS – Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde. 1996. Disponível em: <<http://www.bemfam.org.br>>. Acesso em: 14 dez. 2013

QUINET, A. **A estranheza da psicanálise:** a Escola de Lacan e seus analistas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

RABINOVICH, E. P.; MOREIRA, L. V. de C. **Família e parentalidade Olhares da psicologia e da história.** Estudos sobre a família em contextos brasileiros. Curitiba: Juruá. p. 17-40, 2011.

RAMÍREZ-GALVÉZ, M. C. **Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: fabricando a vida, fabricando o futuro.** Tese (Doutorado) Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Estadual de Campinas, 2003.

RAPHAEL-LEFF, J. **Gravidez: a história interior.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

_____. Introduction: Technical issues in perinatal therapy. In: Raphael-Leff J. **'Spilt milk' perinatal loss e breakdown.** Londres: Institute of Psychoanalysis, 2000. p. 7-16

RAPOSO, H. Os imperativos da padronização no contexto das práticas médicas: pistas para um breve ensaio teórico. *Debates contemporâneos: jovens cientistas sociais no CES.* **E-cadernos ces**, n. 10, 2010.

RIBEIRO, M. F. da R. **Infertilidade e Reprodução Assistida: desejando filhos na família contemporânea.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

RIOS-LIMA, M. G. **Um estudo sobre o adiamento da maternidade em mulheres contemporâneas.** Tese (Doutorado) Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

ROCHA, M. P. da. **Elementos da teoria Winnicottiana na Constituição da maternidade.** Dissertação (Mestrado). Núcleo de Estudos e Pesquisas de Práticas Psicoterápicas. PUC – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.
ROCHA-COUTINHO, M. L. Dos contos de fadas aos superheróis: mulheres e homens brasileiros reconfiguram identidades. *Psicologia Clínica*, v. 12, n. 2, p. 65-82, 2000.

ROCHA_COUTINHO, R. R. Mulheres Brasileiras em posições de liderança: novas perspectivas para antigos desafios. *Revista Economia Global e Gestão*, v. 16, n. 1, p. 61-80, 2011.

RODRIGUES, G. de C. **O dilema da maternidade.** São Paulo: Annablume, 2008.

RODRIGUÉ, E. **Sigmund Freud.** O século da psicanálise. V. 1. São Paulo: Escuta, 1995.

ROSA, C. D. O papel do pai no processo de amadurecimento em Winnicott. **Natureza Humana**, v. 11, n.2, p. 55-96, jul.-dez. 2009.

ROUDINESCO, E. **Dicionário de Psicanálise**. Tradução Vera Ribeiro e Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SALEM, T. A. Trajetória do “Casal Grávido”: de sua constituição à revisão do seu projeto. In: Figueira, S. (Org). **A cultura da psicanálise**. São Paulo: Brasiliense, p. 35-61, 1985.

SANTIAGO JUNIOR F.; FEITOSA, F. E. L. **Diretrizes Assistenciais do Trabalho de Parto Prematuro. Maternidade-Escola Assis Chateaubriand**. MEAC-UFC, 2010.

SANTOS, B. S. Ruptura e Reencontro. In: **Introdução a uma ciência pós-moderna**. Lisboa: Afrontamento, p. 33-50, 2001.

SARMENTO, R; SETÚBAL, M, S, V. Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. **Rev. Ciências Médicas**, v. 12, n. 3, p. 261-268, 2003.

SARTI, C. Famílias enredadas. In: ACOSTA A. R.; VITALE, M. A. F. (Orgs.), **Família. Rede, Laços e Políticas Públicas**. São Paulo: Cortez/PUC, 2005.

SCAVONE, L. Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 5, n. 8, p. 47-59, 2001.

SCHUPP, T. R.; LIPPI, A. A. A Gestação nos Extremos da Idade Reprodutiva. In: Zugaib, M.; Ruocco, R. (Org.). **Pré-Natal**. 3 ed. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, p. 115-122, 2005.

SCHUPP, T. R. **Gravidez após os 40 anos de idade: análise dos fatores prognósticos para resultados maternos e perinatais adversos**. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, 162fl, 2006.

SEOUD, M. A; et al. Impact of advanced maternal age on pregnancy outcome. **Am. J. Perinatol**. v. 19, p. 1-8, 2002.

SIGAL, A. M. Algo mais que um brilho fálico: considerações acerca da inveja do pênis. In: ALONSO, S. L.; GURFINKEL, A. C.; BREYTON, D. M. (Orgs.). **Figuras clínicas do feminino no mal-estar contemporâneo**. São Paulo: Escuta, 2002.

SILVA, E. N P. da. **Mulheres-esposas: dinâmicas conjugais e individualidades a partir da experiência de mulheres casadas com militar**. Dissertação (Mestrado), Universidade Católica do Salvador. Salvador, 2012.

SINASC. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/catalogo/sinasc.htm>>. Acesso em: Nov. 2013, 2005.

SINGLY, F. **Sociologia da família contemporânea**. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

_____. O nascimento do “indivíduo individualizado” e seus efeitos na vida conjugal e familiar. In: PEIXOTO, C.E., SINLGY, F.; CICCHELLI, V. (org). **Família e Individualização**. FGV, Rio de Janeiro, 2000, p. 13-19, 2000.

_____. **Uns com os outros: quando o individualismo cria laços**. Lisboa: Piaget, 2003.

SIQUEIRA, J. E. Tecnologia e Medicina entre encontros e desencontros. **Bioética**, v. 8, n. 1, p. 55-66, 2000.

SOARES, J. dos S.; CARVALHO, A. M. Mulher-mãe, “novos papéis”, velhas exigências: experiência de psicoterapia breve grupal. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.8, n. esp. p. 39-44, 2003.

SOIFER, R. Psicologia da gravidez, parto e puerpério. Tradução de I. V. Carvalho. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1980.

SOUZA, L. R.; RIOS-NETO, E. L; QUEIROZ, B. L. A relação entre parturição e trabalho feminino no Brasil. **Revista Brasileira de Estatística Populacional**, v. 28, n. 1, p. 57-79, 2011.

SPINK, M. J. **Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos**. Petrópolis: Vozes, 2003.

SPITZ, R. **O primeiro ano de vida: um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objetais**. São Paulo: Martins Fontes, 1979.

STEIN, C. **As erínias de uma mãe – ensaio sobre o ódio**. Escuta, 1988.

STERN, D. N. A constelação da maternidade. Tradução Maria Adriana Veríssimo Veronese. In: STERN, D. N. **A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê** Porto Alegre: Artes Médicas. 1997, p. 161-178.

SZEJER, M.; STEWART, R. **Nove meses na vida da mulher**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SZPIRKO, J. Ser doente, ter uma doença. In: ALBERTI, S.; ELIA L., (Orgs.) **Clínica e Pesquisa em Psicanálise**. Rio de Janeiro: Marca D'água, p.57-71, 2000.

TEDESCO, J. Aspectos emocionais da gravidez de alto risco. In: Zugaib, M.; Tedesco, J.; Quayle, J. (Orgs). **Obstetrícia Psicossomática**. São Paulo: Atheneu, 1997. p. 99-108.

TUBERT, S. **Mulheres sem sombra, maternidade e novas tecnologias reprodutivas**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.

UNICEF, Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Saúde Materna e Neonatal**. Relatório Situação Mundial da Infância. UNICEF, 2009.

VARGAS, E. P. **Casais inférteis: usos e valores do desejo de filhos entre casais de camadas médias no Rio de Janeiro**. Tese (Doutorado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2006.

VELHO, G. **Observando o Familiar**. In: NUNES, E. de O. A aventura sociológica. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

VIANA, R. C.; NOVAES, M. R. C. G.; MP CALDERON, I. Mortalidade Materna: uma abordagem atualizada. **Comun. ciênc. Saúde**, v. 22, n. Sup 1, p.141-152, 2011.

VOLKMER, V. Significados de maternidade para mulheres com trajetória reprodutiva marcada por perdas gestacionais recorrentes. Dissertação (Mestrado). UFBA, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, 2009.

WINNICOTT, D. W. **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes, 1993a.

_____. **Conversando com os pais**. São Paulo: Martins Fontes, 1993b.

_____. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

_____. **Os Bebês e suas Mães**. São Paulo: Martins Fontes, 1988a.

_____. **Os Bebês e suas Mães**. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

_____. **Textos selecionados: da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988b.

_____. O relacionamento inicial da mãe com o filho. In: WINNICOTT, D. W. **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes, 1965a.

_____. As crianças e as outras pessoas. In: WINNICOTT, D. W. **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes, 1965a.

_____. E o pai? In: WINNICOTT, D. W. **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes, 1965a.

_____. Notas preliminares para "Comunicação entre bebê e mãe e mãe e bebê, comparada e contratada". In: WINNICOTT, D. W. *Babies and Their Mothers*. London: Free Association Books. São Paulo: Martins Fontes, 1988. Tradução de: Os bebês e suas mães

_____. **O bebê como uma organização em marcha**. In: WINNICOTT, D. W. *The Child, the Family and the Outside World*. London: Penguin Books. Tradução Alvaro Cabral. A criança e seu mundo. Rio de Janeiro: Zahar, 1971.

_____. **O conceito de indivíduo saudável.** In: WINNICOTT, D. W. Home is Where We Start From. London: Penguin. Tradução Brasileira: Tudo começa em casa. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

_____. **Natureza Humana.** Rio de Janeiro: Editora Imago, 1990.

_____. A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências. In: WINNICOTT, D. W. **Babies and Their Mothers.** London: Free Association Books. Tradução Brasileira: Os bebês e suas mães. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

_____. A integração do ego no desenvolvimento da criança. In: WINNICOTT, D. W. **The Family and Individual Development.** London: Tavistock. Tradução Marcelo B. Cipolla. A família e o desenvolvimento individual. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

_____. Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade.** Rio de Janeiro: Imago, 1975.

WINNICOTT, D. A preocupação materna primária. In: **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas.** Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 399-440.

ZALCBERG, M. **A relação mãe-filha.** Rio de Janeiro: Campus, 205p. 2003.

ZIADEH, S. M. Maternal and perinatal outcome in nulliparous woman aged 35 and older. **Gynecol Obstet Invest.**, v. 54, p. 6-10, 2002.